



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
KANKER KOLON DI IRNA BEDAH
RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

RAHIMAHULEA

NIM : 203110186

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGANKANKER
KOLON DI IRNA BEDAH
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kementerian
Kesehatan RI Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelara Ahli Madya Keperawatan**

RAHIMAH ULFA

NIM : 203110186

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Rahimah Ulfa
NIM : 200110186
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Kolon
Di IRNA Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua : Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep
Penguji : Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep, M.Biomed
Penguji : Ns. Sila Dewi Anggrani, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB
Penguji : Ns. Yossi Suryarinih, M.Kep, Sp.KMB

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 5 Juni 2023

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M.Kep.
NIP. 197501021 199903 2 005

iii

Poltekkes Kemenkes Padang

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada setiap hamba-Nya. Dengan rahmat dan karunia-Nya itulah peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang 2023”**.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya pada program studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan berkat dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dan membimbing peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Pada kesempatan kali ini peneliti mengucapkan terimakasih kepada Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni, M.Kep, Sp.KMB selaku dosen pembimbing I dan Ibu Ns. Yossi Suryarinilsih, M.Kep, Sp.KMB selaku dosen pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan dengan penuh kesabaran, kasih sayang dan kebijaksanaannya, meluangkan waktu, memberikan nasehat serta saran kepada peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Selain itu peneliti juga menyampaikan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Renidayati M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Padang.
2. Bapak Dr. dr. H. Yusirman Yusuf, Sp. B, Sp. BA(K) MARS selaku Direktur RSUP. Dr. M. Djamil Padang yang telah mengizinkan peneliti untuk memperoleh data yang diperlukan
3. Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M.Kep selaku ketua Prodi DIII Keperawatan Padang
4. Ibu Tisnawati, S.St, M.Kes selaku dosen Pembimbing Akademik
5. Bapak dan Ibu dosen Prodi D III Keperawatan Padang yang telah memberikan ilmu selama mengikuti pendidikan di Prodi D III Keperawatan Padang

6. Teristimewa untuk kedua orang tua dan keluarga peneliti yang telah memberikan semangat dan dukungan moral, material, doa, dan kasih sayang kepada peneliti untuk kelancaran dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu sangat mengharapkan tanggapan serta saran yang membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Padang, Juni 2023

Peneliti

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Rahimah Ulfa

NIM : 203110186

Tanda Tangan

Tanggal :

LEMBAR PERSETUJUAN

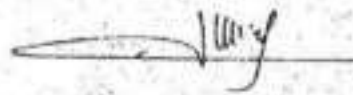
Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di IRNA Bedah RSUP Dr. M.Djumil Padang Tahun 2023" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Padang.

Padang, 26 Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II



Ns. Sila Dewi Anamrani, S.Pd.M.Kep, Sp.KMB
NIP. 19700327 199303 2 002

Ns. Yemi Sarvantiyalla, M.Kep, Sp.KMB
NIP. 19750719 199003 2 003

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan Padang



Ns. Yessi Fitriyanti, S. Kep, M.Kep.
NIP. 197501021 199903 2 005

vii

Poltekkes Kemenkes Padang

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rahimah Ulfa
Nim : 203110186
Tempat /Tanggal Lahir : Padang/15 Desember 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Komplek Villa Bukit Indah, B/11
Nama Orang Tua
Ayah : Awaluddin Kahan (ALM)
Ibu : Nofri Emi S.Pd

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	SD	Betha Plus	2007-2013
2.	SMP	MTsN 5 Padang	2013-2016
3.	SMA	SMA ADABIAH PADANG	2016-2019
4.	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes Padang	2020

POLTEKKES KEMENKES PADANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG

Karya Tulis Ilmiah , Mei 2023

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon

Isi : xii +58 Halaman + 11Lampiran

ABSTRAK

Kanker kolon adalah sebuah pertumbuhan sel abnormal dalam tubuh manusia yang menyerang organ tubuh lain. Kanker kolon menempati peringkat ke 3 di dunia dengan angka kejadian 1,93 juta kasus kanker kolon dengan 935.000 kasus kematian. Laporan data dari RSUP Dr M.Djamil padang pada tahun 2020 terdapat 46 kasus kanker kolon, dan pada tahun 2021 terdapat 63 kasus. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolon di IRNA Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang.

Jenis penelitian deskriptif dengan metode studi kasus. Penelitian ini dilakukan dari bulan Oktober 2022 sampai dengan Juni 2023. Asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari dimulai dari 14 Februari sampai 18 Februari 2023. Populasi yang di temukan sebanyak 1 orang. Cara pengambilan sampel dengan cara purposive sampling. Analisa proses keperawatan yang dilakukan peneliti meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil penelitian didapatkan keluhan utama yaitu nyeri abdomen kanan dan bab tidak bisa ditahan sejak 2 minggu yang lalu. Perut membengkak sejak 6 bulan sebelum masuk rumah sakit. Diagnosis keperawatan yang di dapat ada 5 diagnosis yaitu nyerikronis, diare, nyeri akut, resiko infeksi dan resiko gangguan integritas kulit. Hasil evaluasi yang di dapatkan setelah melakukan asuhan keperawatan selama 5 hari yaitu masalah nyeri kronis, diare,nyeri akut, resiko infeksi dan resiko gangguan integritasi kulit terastasi sebagian.

Diharapkan melalui direktur Rumah sakit agar perawat ruangan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan,salah satunya meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien Kanker Kolon dengan mengajarkan Teknik non farmakologis (teknik relaksasi napas dalam dan mengatur posisi).

Kata kunci : kanker kolon, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka :

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR ORISINALITAS	vi
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Kanker Kolon	8
1. Pengertian Kanker Kolon	8
2. Penyebab Kanker Kolon	10
3. Tanda dan gejala kanker Kolon	11
4. Patofisiologi	13
5. WOC	15
6. Komplikasi	17
7. Pemeriksaan penunjang	17
8. Penatalaksanaan	17
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kanker Kolon	18
1. Pengkajian	17
2. Diagnosa Keperawatan	21
3. Perencanaan	21
BAB III METODE PENELITIAN	29
A. Desain Penelitian	29
B. Tempat dan Waktu Penelitian	29
C. Populasi dan Sampel	29
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data	30
E. Teknik Pengumpulan Data	31
F. Jenis-Jenis Data	32
G. Analisis Data	32
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	34
A. HASIL PENELITIAN	
1. Pengkajian Keperawatan	34
2. Diagnosis Keperawatan	36
3. Intervensi Keperawatan	38
4. Implementasi keperawatan	41
5. Evaluasi Keperawatan	42
B. Pembahasan Kasus	43
1. Pengkajian keperawatan	44

2. Diagnosis keperawatan	46
3. Intervensi Keperawatan	49
4. Implementasi keperawatan	54
5. Evaluasi keperawatan	57
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	60
A. Kesimpulan	60
B. Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Survei Pengambilan Data Dari Poltekkes Kemenkes RI Padang

Lampiran 2 Surat Izin Survey Pengambilan Data Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

Lampiran 3 Gant Chart Kegiatan

Lampiran 4 Surat Pengantar dari Poltekkes Kemenkes RI Padang untuk izin Penelitian

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

Lampiran 6 Surat Informed concent

Lampiran 7 Daftar Hadir Penelitian

Lampiran 8 Surat Selesai Penelitian Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

Lampiran 9 Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I

Lampiran 10 Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II

Lampiran 11 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker adalah sebuah pertumbuhan sel abnormal dalam tubuh manusia yang menyerang organ tubuh lain (Nugroho & Sucipto, 2020). Penyakit kanker adalah suatu penyakit yang timbul akibat pertumbuhan secara tidak normal sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO) 2018 kanker adalah suatu penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel abnormal yang kemudian dapat menyerang bagian tubuh yang berdampingan atau menyebar ke organ lain. Terdapat beberapa jenis kanker yang paling banyak diseluruh dunia, salah satunya adalah kanker kolon dengan kasus 1,93 juta. Kanker kolon merupakan suatu tumor malignant yang muncul pada jaringan epitel dari kolon. Umumnya tumor kolon adalah *adenokarsinoma* yang berkembang dari polip adenoma (Merdawati and Malini 2019).

Kanker kolon ini disebabkan oleh perkembangan polip jinak yang menjadi ganas dan menyerang serta merusak jaringan normal. Sel kanker juga dapat menyebar kebagian tubuh yang lain (paling sering ke hati). Efek sekunder dari pertumbuhan kanker yaitu obstruksi usus, peradangan pada dinding usus, dan perdarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan lubang pada luka dinding usus dan abses, serta menyebarnya metastase pada jaringan lain (Merdawati & Malini, 2019).

Menurut penelitian (Sayuti and Nouva 2019) bahwa faktor genetik memiliki korelasi paling kuat untuk kanker kolon. Mutasi gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) ini mempengaruhi orang memiliki risiko 100% terkena kanker usus besar pada usia 40 tahun. Namun banyak faktor resiko lain yang dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker kolon, diantaranya adalah diet tinggi lemak dan rendah serat.

Hasil studi pendahuluan (Astuti 2019) di RSUP Dr. M. Djamil Padang menunjukkan bahwa penderita kanker kolon paling banyak dengan rentang

usia 46-55 tahun. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Yogi, kasus kanker kolon ditemukan terbanyak pada usia 40-60 tahun. Diagnosis kanker kolon meningkat pada usia 40 tahun.

Menurut data (WHO) pada tahun 2020 kanker kolon menempati peringkat ketiga dunia untuk jenis kanker yang paling umum terjadi, dengan angka kejadian 1,93 juta kasus kanker kolon dengan 935.000 kasus kematian. Studi terbaru menemukan bahwa negara berkembang, khususnya di Asia, insiden kanker cenderung meningkat (Soesanti 2021).

Di Indonesia sendiri kanker kolon menduduki peringkat ke-4 setelah kanker payudara, kanker serviks, dan kanker paru-paru dengan tambahan jumlah kasus baru pada tahun 2020 mencapai 34.189 kasus baru dan dengan jumlah kematian mencapai 17.786 kasus pada semua usia. Kasus kanker kolon pada laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan dengan jumlah kasus mencapai 21.764 kasus dan perempuan dengan jumlah kasus mencapai 12.425 kasus baru pada semua usia (Global Cancer Observatory 2020).

Menurut hasil penelitian (Retno Nurul Latifah 2020) yang menunjukkan bahwa kasus kanker kolon lebih tinggi pada laki laki daripada perempuan dengan proporsi laki laki 52,9% dan perempuan 47,1%. Adanya hubungan dengan tingkat estradiol diperkirakan menjadi penyebab tingginya kasus pada laki laki. Dalam jumlah normal, estradiol berfungsi dalam spermatogenesis dan fertilitas. Namun jika berlebih bisa mengakibatkan terhambatnya sekresi protein gonadotropin seperti LH. Terhambatnya sekresi tersebut dapat mengurangi sekresi dari testosteron. Kadar testosteron yang tinggi dapat mengurangi risiko kanker kolon.

Di Sumatera Barat peningkatan untuk kanker kolon meningkat 65% pada 5 tahun terakhir (Astuti 2019). Di RSUP Dr. M. Djamil Padang sendiri tercatat pasien kanker kolon pada tahun 2018 sebanyak 59 orang. Pada tahun 2019 mengalami peningkatan dengan jumlah kasus sebanyak 74 orang (Astuti 2019). Berdasarkan data rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2020, terdapat 46 kasus kanker kolon, sebanyak 25 kasus terjadi pada laki-laki dan 21

kasus terjadi pada perempuan. Sedangkan, pada tahun 2021 terdapat 63 kasus kanker kolon, sebanyak 20 kasus terjadi pada laki-laki dan 43 kasus terjadi pada perempuan. Pada bulan september hingga november 2023 terdapat 8 kasus kanker kolon di RSUP Dr.M.Djamil Padang (RSUP Dr. M. Djamil Padang, 2023).

Pasien dengan kanker kolon memiliki gejala umum yaitu perubahan kebiasaan buang air besar. Gejala tersebut meliputi Diare atau sembelit, perut terasa penuh, dan ditemukannya darah pada feses. Selain itu feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya. Gejala ini akan semakin parah dan menyebabkan komplikasi. Komplikasi yang akan muncul yaitu penyumbatan usus dan perdarahan yang terjadi di saluran pencernaan (Sayuti and Nouva 2019).

Penatalaksanaan pada kanker kolon pada kanker stadium 0-I hanya dilakukan tindakan pengangkatan polip. Kanker kolon stadium II dilakukan tindakan operasi, namun apabila kanker beresiko tinggi seperti kanker terlihat abnormal atau kanker menyebar ke organ lain maka akan dianjurkan dilakukan kemoterapi pasca operasi untuk mengurangi resiko bermetastase. Kanker usus besar stadium III umumnya adalah operasi untuk mengangkat bagian usus besar yang terdapat kanker bersama dengan kelenjar getah bening terdekat (kolektomi parsial), yang diikuti dengan kemoterapi. Pada kanker stadium IV dilakukan pengangkatan kanker dengan operasi, namun apabila kanker telah menyebar terlalu luas, kemoterapi dapat dijadikan pengobatan utama. Kebanyakan kanker stadium IV akan mendapatkan kemoterapi untuk mengendalikan kanker (Firdaus 2017).

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien sebelum kemoterapi sering menimbulkan kecemasan bagi pasien yang menjalaninya. Kecemasan pada pasien kanker dapat timbul akibat adanya perasaan ketidakpastian tentang penyakit, pengobatan, dan prognosa. Kemudian munculnya pikiran-pikiran negatif seperti tidak ada gunanya pengobatan yang dijalankan, ketakutan akan kematian karena hingga kemoterapi yang dijalankan belum ada perbaikan yang signifikan (Hartati 2020).

Asuhan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan kanker kolon yang mengalami kecemasan yaitu memberikan perawatan paliatif. Peran perawat dalam perawatan paliatif adalah memberikan pelayanan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga daripenyakit yang dapat mengancam jiwa. Perawatan paliatif dengan penguatan psikologis. Penguatan psikologis sangat dibutuhkan mengingat efek kemoterapi pada pasien dapat mempengaruhi secara biologis, fisik, psikologis, dan sosial. Pelayanan keperawatan diharapkan dapat memberikan pelayanan keperawatan tentang manajemen kemoterapi yang optimal bagi pasien. Perawat diharapkan memberikan dukungan kepada pasien baik dukungan emosional maupun dukungan informasi. Selain memperhatikan masalah tersebut kondisi fisik pasien yang menjalani kemoterapi, diharapkan perawat juga memperhatikan kondisi psikologisnya. Selain itu perawat juga berperan dalam (Hartati 2020).

Penelitian Yulia tahun (2019) tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan masalah keperawatannya yaitu nyeri kronis, resiko konstipasi, resiko defisit nutrisi dan ansietas. Sedangkan menurut Penelitian (Putri 2021) tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang ditemukan masalah keperawatannya yaitu ansietas,nyeri kronis, intoleransi aktifitas dan resiko defisit nutrisi. Dari duapenelitian diatas ada satu perbedaan pada penelitian Putri 2021 masalah keperawatan resiko konstipasi tidak dimunculkan di dalam penelitian. tetapi masalah yang di tampilkan adalah intoleransi aktifitas. Berdasarkan (SDKI 2017) Intoleransi aktifitas adalah ketidak cukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari hari dengan kondisi klini anemia, gagal jantung, aritmia, PPOK, dan penyakit katup jantung. Masalah keperawatan intoleransi keperawatan kurang sesuai dengan pada pasien kanker kolon yang telah melakukan tindakan invasive kolostomi.

Berdasarkan survey awal yang lakukan di ruangan bedah RSUP Dr M. Djamil padang tanggal 4 November 2023 pukul 13.30 WIB. Ditemukan seorang pasien dengan kanker kolon yaitu Tn. S usia 49 tahun. Dari hasil wawancara

ditemukan bahwa pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kiri, buang air besar berdarah dan seperti kotoran kambing pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisi yang dialaminya. Masalah keperawatan yang diangkat nyeri kronis dan Ansietas.

Setelah melakukan wawancara yang dilakukan dengan salah satu perawat ruangan didapatkan bahwa perawat sudah melakukan pengkajian sesuai dengan format pengkajian, menegakandiagnosis sesuai keluhan pasien membuat rencana tindakan, mengimplementasikan dan evaluasi sesuai dengan SOAP keperawatan. Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan bekerjasama tim kesehatan lainnya dalam mengidentifikasi masalah keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serata mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan. Peran perawat sangat penting dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien kanker kolon untuk menangani masalah keperawatan seperti mengurangi masalah nyeri akut dan ansietas. Tidak hanya memberikan terapi farmakologis perawat juga dapat melakukan asuhan keperawatan paliatif (pelayanan memperbaiki kualitas hidup) seperti terapi seni, terapi music dan terapi hewan (Hartati, 2020). Sementara tindakan mandiri yang dapat diajarkan perawat antara lain teknik relaksasi napas dalam dan melibatkan keluarga dalam sehingga pasien merasa lebih nyaman dalam perawatan (Noverita 2023).

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas peneliti telah melakukan penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di ruang Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2023?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di ruang Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2023.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian pada pasien dengan Kanker Kolon di ruang Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2023.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di ruang Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang Tahun 2023.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di ruang Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang Tahun 2023.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan pada pasien dengan Kanker Kolon di ruang Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2023.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di ruang Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2023.

D. Manfaat

1. Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi peneliti dalam melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan pada pasien kanker kolon.

b. Lokasi Penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi petugas kesehatan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolon.

c. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi akademik untuk pengembangan pembelajaran Prodi DIII Keperawatan

Padang, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan padapasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr.M. Djamil Padang

2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat menambah wawasan pengetahuan, pengalaman, dan dapat mengaplikasikan ilmu serta kemampuan peneliti dalam kenyataan asuhan keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kanker Kolon

1. Pengertian Kanker Kolon

Kanker kolon suatu bentuk keganasan dari masa abnormal / neoplasma yang muncul dari jaringan ephitel dari kolon (Haryono, 2010). Kanker kolon ditunjukkan pada tumor ganas yang ditemukan di kolon. Kolon adalah bagian dari usus besar pada sistem pencernaan. Lebih jelasnya kolon berada di bagian proksimal usus besar dan rektum dibagian distal sekitar 5 - 7 cm diatas anus. Kolon dan rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan atau saluran gastrointestinal di mana fungsinya adalah untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak perlu. Kanker kolon merupakan suatu tumor malignant yang muncul pada jaringan epitel dari colon. Umumnya tumor kolon adalah adenokarsinoma yang berkembang dari polip adenoma (Merdawati & Malini, 2019).

Usus besar memanjang dari ujung akhir dari ileum sampai anus. Panjangnya bervariasi sekitar 1.5 m. Ukuran Usus besar berbentuk tabung muskular berongga dengan panjang sekitar 1.5 m (5 kaki) yang terbentang dari saekum hingga kanalis ani. Diameter usus besar sudah pasti lebih besar daripada usus kecil, yaitu sekitar 6.5 cm (2.5 inci). Makin dekat anus diameternya akan semakin kecil. Usus besar terdiri dari bagian yaitu caecum, kolon asenden, kolon transversum, kolon desenden, kolon sigmoid dan rektum.

Struktur usus besar:

a. Caecum

Merupakan kantong yang terletak di bawah muara ileum pada usus besar. Panjang dan lebarnya kurang lebih 6 cm dan 7,5 cm. Di sekum ini terdapat pula umbai cacing atau usus buntu. Selain berfungsi untuk menyerap sisa air dan garam, sekum juga memiliki katup yang bertugas

mengendalikan jumlah makanan yang masuk ke dalam kolon. Saat makanan masuk ke dalam sekum, ia akan meneruskannya ke usus besar.

b. Kolon asenden

Kolon asenden berarti usus besar yang menanjak dengan panjangnya 13 cm, Kolon asenden merupakan bagian paling besar dari usus besar, terletak di dasar perut kanan bawah dan ujungnya berakhir di samping hati. Berbeda dengan sekum, kolon asenden memiliki tugas lain yaitu menyerap air maupun nutrisi yang sebelumnya terlewatkan oleh usus halus.

c. Kolon Transversum

Kolon transversum berarti usus besar yang melintang horizontal dari kanan ke kiri. Bagian yang lokasinya membentang dari sisi kanan ke kiri perut ini masih terhubung langsung dengan kolon asenden. Panjangnya antara 45-50 cm. Letaknya tidak tepat melintang (transversal) tetapi sedikit melengkung ke bawah sehingga terletak di regio umbilikus. Kolon transversum berarti usus besar yang melintang horizontal dari kanan ke kiri. Bagian yang lokasinya membentang dari sisi kanan ke kiri perut ini masih terhubung langsung dengan kolon asenden. Kolon transversum juga merupakan bagian usus besar yang langsung menempel dengan perut karena direkatkan oleh jaringan omentum.

d. Kolon desenden

Kolon desenden panjangnya lebih kurang 25 cm, terletak di bawah abdomen bagian kiri, dari atas ke bawah, dari depan fleksura lienalis sampai di depan ileum kiri, bersambung dengan sigmoid, dan dibelakang peritoneum. Setelah makanan melewati kolon transversum, makanan akan diteruskan ke kolon desenden yang letaknya di sisi perut sebelah kiri. Bagian kolon ini bertugas menampung feses sementara sebelum diteruskan ke bagian rektum.

e. Kolon sigmoid

Sering disebut juga kolon pelvinum. Panjangnya kurang lebih 40 cm dan berbentuk lengkungan huruf S. Terusan dari kolon desenden adalah

kolon sigmoid yang bentuknya mirip huruf S. Bagian usus besar ini berukuran pendek dan kerap terjadi kontraksi yang kuat agar feses dari kolon desenden bisa dikeluarkan melalui anus.

f. Rektum

Rektum merupakan bagian akhir usus besar sebelum feses dikeluarkan lewat anus. Selain dilapisi mukosa dan pembuluh darah, rektum juga memiliki saraf yang berhubungan dengan otak sehingga seseorang bisa mengendalikan kontraksi saat buang air besar.

2. Penyebab Kanker Kolon

Faktor penyebab kanker kolon belum diketahui pasti. Namun ada beberapa faktor resiko yang mempengaruhi kejadian kanker kolon menurut (Sony Prabowo 2019) yaitu :

a. Usia

Risiko terkena kanker kolon meningkat dengan bertambahnya usia. Kebanyakan kasus terjadi pada orang yang berusia 60 - 70 tahun. Jarang sekali ada penderita kanker kolon yang usianya dibawah 50. Kalaupun ada, bisa dipastikan dalam sejarah keluarganya ada yang terkena kanker kolon juga.

b. Polip

Adanya polip pada kolon, khususnya polip jenis adenomatosa. Jika polip ini langsung dihilangkan pada saat ditemukan, tindakan tersebut akan mengurangi risiko kanker kolon.

c. Riwayat kanker

Seseorang yang pernah terdiagnosis mengidap kanker kolon (bahkan pernah dirawat untuk kanker kolon) berisiko tinggi terkena kanker kolon lagi dikemudian hari. Wanita yang pernah mengidap kanker ovarium, kanker uterus, dan kanker payudara jugamemiliki risiko yang lebih besar untuk terkena kanker kolon.

d. Gaya hidup

Kebiasaan merokok. Perokok memiliki risiko jauh lebih besar untuk terkena kanker kolon dibandingkan dengan yang bukan perokok. Kebiasaan makan Pernah diteliti bahwa kebiasaanmakan banyak daging

merah (dan sebaliknya sedikit makan buah, sayuran serta ikan Kurangnya aktivitas fisik, dan Kebiasaan mengonsumsi minuman beralkohol

e. Faktor keturunan / genetika

Sejarah adanya kanker kolon dalam keluarga, khususnya pada keluarga dekat. Orang yang keluarganya punya riwayat penyakit *Familial Adenomatous Polyposis* (FAP) atau polip adenomatosa familial memiliki risiko 100% untuk terkena kanker kolon sebelum usia 40 tahun bila tidak diobati. (Retnowati, 2015).

3. Tanda dan gejala kanker Kolon

Menurut (Merdawati & Malini, 2019) tanda dan gejala kanker kolon tebagi menjadi 2 stadium yaitu:

a. Stadium dini

1) Perdarahan segar (*Hematokezia*) : Tumor dengan luka ulserasi mengeluarkan darah, terkadang berwarna merah terang atau merah tua. Jika tumor terletak agak tinggi, darah dan feses bercampur sehingga feses tampak seperti selai atau lendir.

2) Ileus : Ileus adalah gejala kanker kolon yang telah menyebar. sering ditemukan ileus kolon di sisi kiri. Kanker kolon dari jenis ulseratif atau hiperplastik menyebar ke dinding usus membuat lumen menyempit hingga terjadi penyumbatan berupa penyumbatan mekanis nontotal kronis. Gejala yang terjadi meliputi perut kembung, nyeri perut, konstipasi, dan feses kecil (seperti kotoran kambing). Sedangkan kanker kolon tipe infiltratif biasanya menghasilkan ileus akut.

3) Massa abdominal : Benjolan seringkali terletak di sebelah kanan kolon, dapat dirasakan saat tumor meluas ke tingkat tertentu di area perut. Dinding perut relatif longgar, dan tumor mudah teraba. Massa awalnya bergerak, tetapi setelah menginfeksi lingkungannya, ia menjadi tidak bergerak.

4) Pendarahan kronis jangka panjang menyebabkan anemia karena pertumbuhan tumor menghabiskan suplai nutrisi tubuh; infeksi tumor sekunder menyebabkan demam dan gejala toksik.

b. Stadium lanjut

Selain gejala lokal diatas, pada fase akhir progresi kanker kolon timbul gejala stadium lanjut. Contohnya invasi pada tumor dalam kavum pelvis menimbulkan nyeri daerah tulang belakang dan linu panggul. Metastasis ke paru menimbulkan batuk darah dan nafas memburu. Metastasis ke otak menyebabkan koma. Metastasis ke tulang menimbulkan nyeri tulang, pincang dll. Akhirnya dapat timbul kakeksia dan kegagalan sistemik (Merdawati and Malini 2019).

Tumor (T)	
T0	kanker berada pada tahap paling awal (in situ). Kanker tumbuh ke dalam mukosa tetapi tidak lebih jauh
T1	kanker hanya ada di lapisan dalam usus (submukosa).
T2	kanker telah tumbuh ke lapisan otot dinding usus tetapi tidak lebih jauh
T3	kanker telah tumbuh melalui lapisan otot usus dan ke dalam jaringan yang mengelilingi usus, tetapi tidak melalui membran yang menutupi bagian luar usus (peritoneum).
T4a	kanker telah menyebabkan lubang di dinding usus (perforasi) dan sel kanker telah menyebar ke luar usus
T4b	kanker telah tumbuh menjadi struktur terdekat lainnya, seperti bagian lain dari usus atau organ lain di tubuh.
Node (N)	
N0	tidak ada kelenjar getah bening yang mengandung sel kanker

N1	sel kanker di hingga tiga getah bening di kelenjar getah bening terdekat atau ada sel kanker di jaringan sekitar usus.
N2	sel kanker di empat atau lebih getah bening di kelenjar getah bening di dekatnya
Metastasis (M)	
M0	kanker belum menyebar ke organ jauh.
M1	kanker telah menyebar ke organ yang jauh seperti seperti hati atau paru-paru

4. Patofisiologi

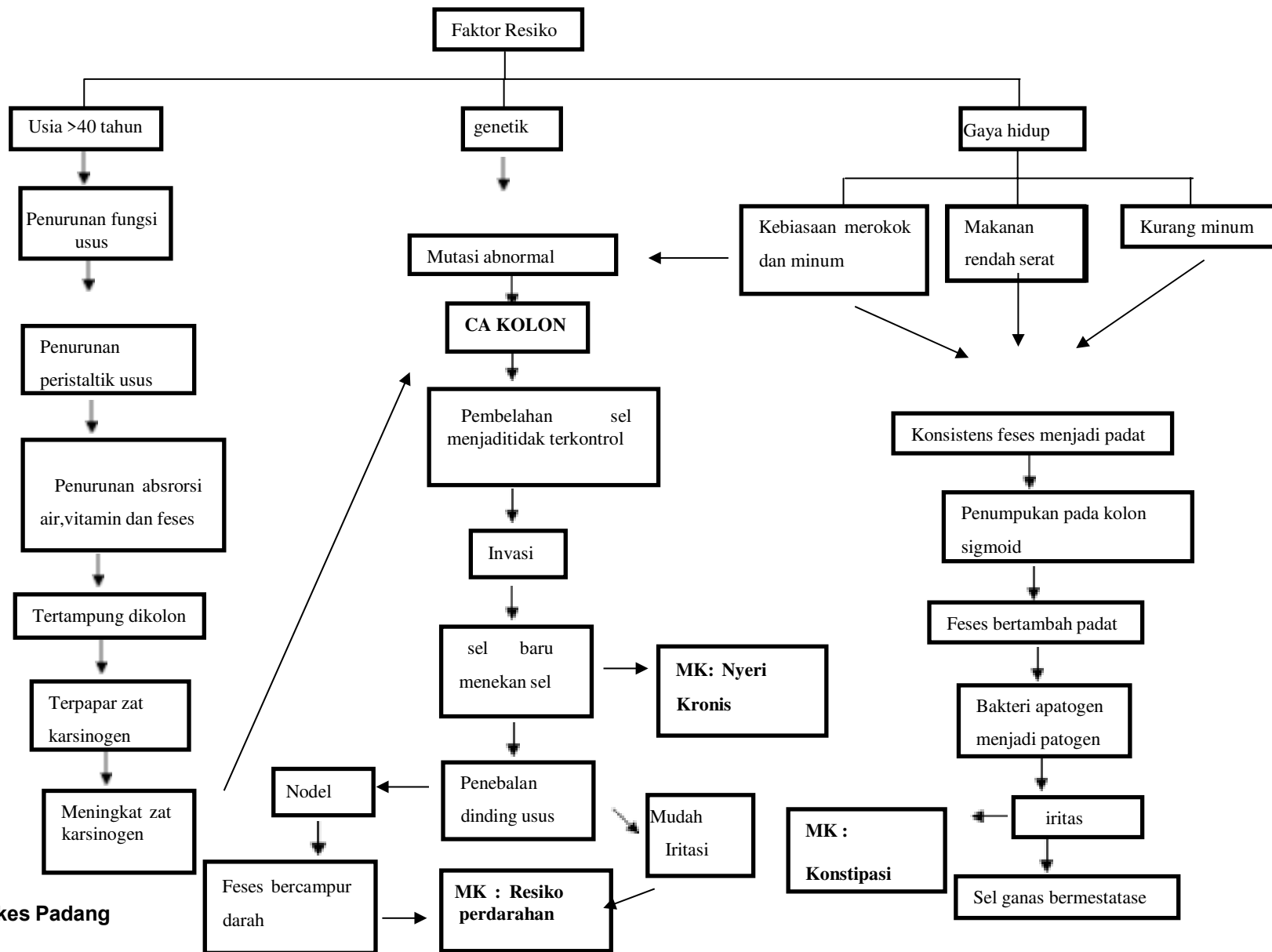
Adenokarsinoma kolon merupakan jenis kanker ganas yang terjadi pada lapisan epitel usus. Kanker ini dimulai dari polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyerang serta merusak jaringan normal. Sel kanker dapat menyebar ke bagian tubuh yang lain (paling sering ke hati). Efek sekunder dari pertumbuhan kanker yaitu obstruksi usus, peradangan pada dinding usus, dan perdarahan. serta menyebarnya metastase pada jaringan lain. Prognosis relatif aman bila lesi terbatas pada mukosa dan submukosa pada saat reseksi dilakukan, namun akan jauh lebih buruk bila telah terjadi metastase ke kelenjer getah bening (Merdawati & Malini, 2019).

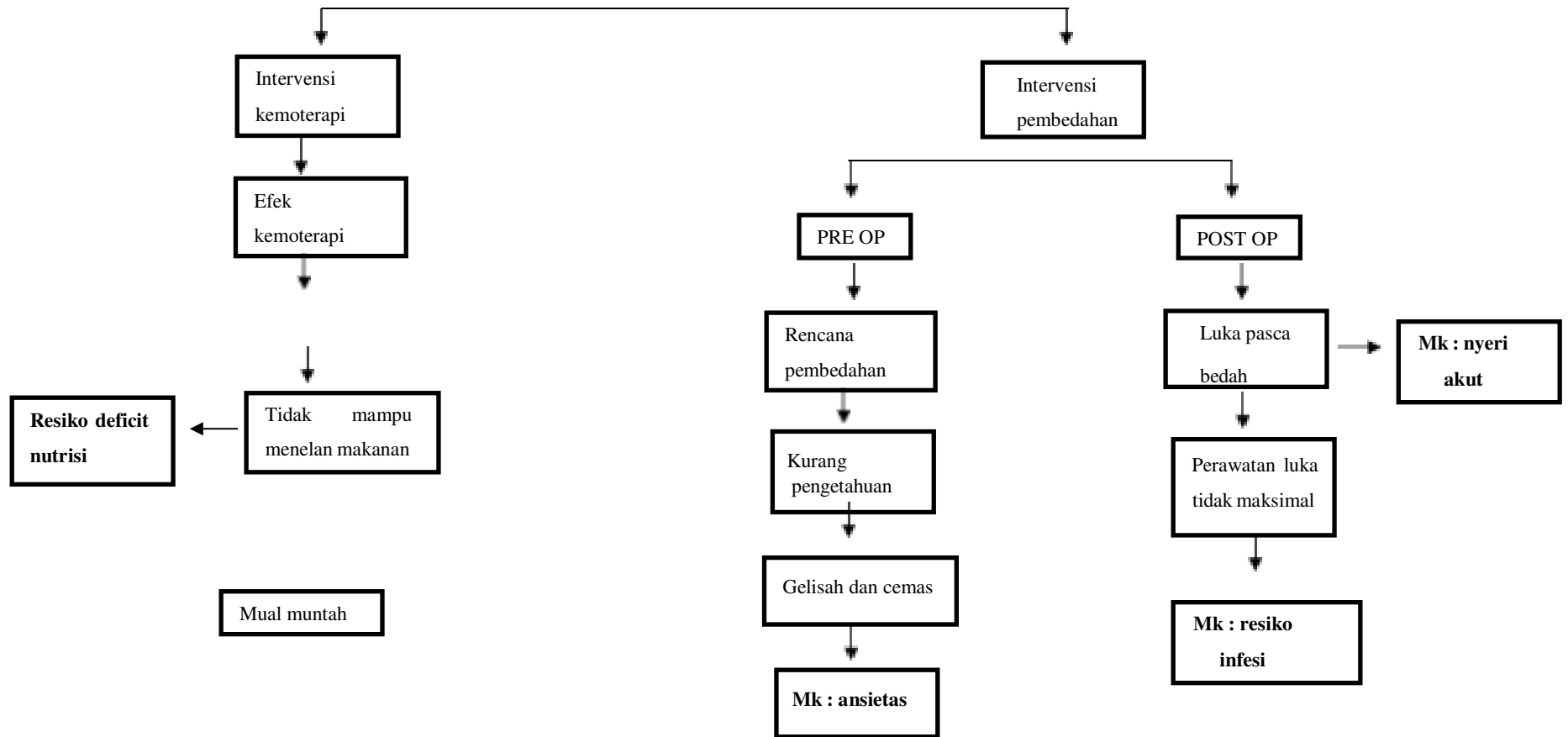
Kanker kolon merupakan salah satu kanker usus yang dapat tumbuh secara lokal dan bermetastase luas. Adapun cara penyebaran ini melalui beberapa cara. Penyebaran secara lokal biasanya masuk ke dalam lapisan dinding usus sampai keserosa dan lemak mesentrik, lalu sel kanker tersebut akan mengenai organ disekitarnya. Adapun penyebaran yang lebih luas lagi di dalam lumen usus yaitu melalui limfatik dan sistem sirkulasi. Bila sel tersebut masuk melalui sistem sirkulasi, maka sel kanker tersebut dapat terus masuk ke organ hati, kemudian metastase ke organ paru-paru.

Penyebaran lain dapat ke adrenal, ginjal, tulang, dan otak. Sel kanker juga dapat menyebar ke daerah peritoneal pada saat akan dilakukan reseksi tumor (Merdawati & Malini, 2019).

Hampir semua kanker kolon ini berkembang dari polip adenoma tonjolan seperti jari-jari tangan dan tidak bertangkai. Kedua jenis ini tumbuh menyerupai bunga kol didalam kolon sehingga massa tersebut akan menekan dinding mukosa kolon. Penekanan yang terus-menerus ini akan mengalami lesi-lesi ulserasi yang akhirnya akan menjadi perdarahan kolon. Selain perdarahan, maka obstruksi pun kadang dapat terjadi (Merdawati & Malini, 2019).

5. WOC





Sumber : (Wahyuningsih 2018, Annisa 2018,SDKI 2017)

6. Komplikasi

Komplikasi pada pasien dengan kanker kolon menurut (Zaakiyah2021) yaitu:

- a. Metastase ke organ sekitar, melalui hematogen, limfogen dan penyebaran langsung.
- b. Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi.
- c. Perforasi usus dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses. Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok.
- d. Pembentukan abses

7. Pemeriksaan penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang menurut (Padila 2015):

- a. Pemeriksaan diagnostis
 - 1) Fecal occult blood test yaitu tes samar darah. Pemeriksaan sederhana ini merupakan tes screening awal kanker kolon , yang caranya dilakukan dengan mengambil contoh feses yang diletakkan pada strip khusus yang akan berubah warna jika feses tersebut mengandung darah.
 - 2) Kolonoskopi adalah tindakan dimana bagian dalam usus besar Anda (kolon dan saluran pembuangan/rektum) diperiksa dan diselidiki. Sebuah proses peneropongan usus besar umumnya dilakukan untuk menilai masalah pencernaan seperti sakit perut dan pendarahan pada dubur
- b. Pemeriksaan radiologi
 - 1) Tes darah. Tes *Carcinoembryonic antigen (CEA)*
 Tes ini digunakan untuk mendeteksi kadar protein yang disebut carcinoembryonic antigen (CEA). Kadar CEA yang tinggi bisa mengindikasikan bahwa kanker telah menyebar ke bagian tubuh lainnya.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Merdawati & Malini, 2019) ada beberapa penatalaksanaan kanker kolon diantaranya :

- a. Pembedahan
 Satu-satunya pendekatan yang diakui secara universal sebagai pengobatan kuratif untuk kanker kolon adalah pembedahan. Pembedahan kuratif harus

mengeksisi dengan batas yang luas dan maksimal regional lymphadenektomi sementara mempertahankan fungsi dari kolon sebisanya. Pembedahan merupakan tindakan primer pada kira-kira 75% pasien dengan kanker kolon .

b. Terapi Radiasi

Sinar-X berenergi tinggi digunakan selama pengobatan kanker, untuk membunuh sel kanker. Terapi radiasi dapat diberikan dalam dua cara berbeda: eksternal dan internal. Tergantung pada jenis dan stadium kanker, tersedia pilihan pengobatan radiasi yang berbeda.

c. Kemoterapi

Dalam bahasa Inggris Kemoterapi adalah praktik penggunaan obat- obatan untuk mengobati penyakit. Saat ini, kemoterapi tersebut hampir selalu digunakan untuk menggambarkan pengobatan sitostatik yang digunakan untuk mengobati kanker. Kemoterapi bermanfaat untuk mengobati beberapa jenis kanker darah, mengecilkan kanker sebelum operasi, menghilangkan sel kanker yang mungkin masih ada setelah operasi. Kemoterapi adalah jenis pengobatan kanker yang menggunakan obat sitostatik, atau obat yang menghentikan pertumbuhan sel kanker. Kemoterapi menggunakan obat untuk membunuh sel kanker. Kelemahan, mual dan muntah, masalah pencernaan, sariawan, efek pada darah, otot, dan saraf, perubahan warna dan tekstur kulit, dan produksi hormon adalah beberapa efek samping yang mungkin terjadi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kanker Kolon

Asuhan keperawatan yang digunakan sebagai pemecahan masalah keperawatan secara ilmiah untuk mengidentifikasi masalah, merencanakan secara sistematis dan melaksanakan dengan cara mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Wijaya Andra Saferi 2013).

1. Pengkajian Keperawatan

Tahapan awal serta landasan dalam keperawatan yang dilakukan dengan ketelitian dalam menggali informasi tentang masalah yang dihadapi klien sehingga perawat dapat memberikan arahan terhadap tindakan keperawatan.

- a. Identitas klien
Terdiri Nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat dan diagnosis medis.
- b. Identitas penanggung jawab
Terdiri dari nama, umur penanggung jawab, hub.keluarga, dan pekerjaan.
- c. Keluhan Utama
Biasanya klien mengeluh nyeri dibagian abdomen, BAB berdarah dan konstipasi.
- d. Riwayat kesehatan
 - 1) Riwayat Kesehatan Sekarang (PQRST):
Keluhan klien biasanya nyeri pada bagian abdomen ,terjadi perubahan pola defekasi seperti diare atau konstipasi, BAB berdarah dan berlendir.
 - 2) Riwayat Kesehatan dahulu
Klien pernah mengalami keganasan pada organ lain. Ada Riwayat dioperasi dengan penyakit beras seperti kankerpayudara, kanker ovarium dan lainnya.
 - 3) Riwayat kesehatan keluarga
Biasanya keluarga klien adanya riwayat kanker, diidentifikasi kanker yang menyerang tubuh atau kanker kolon adalah turunan yang sifatnya dominan.
- e. Pola aktivitas sehari hari
 - 1) Pola Nutrisi
Bagaimana kebiasaan makan, minum sehari – hari, jenis makanan apa saja yang sering di konsumsi, makanan yang paling disukai, frekuensi makanannya. Biasanya pasien yang ditemukan suka mengosumsi makanan tinggi lemak, dan rendah serat.
 - 2) Pola Eliminasi
Perubahan kebiasaan buang air besar, biasanya pasien dengan kanker Kolon mengeluh konstipasi, diare, feses bercampur dengan darah. Bentuk feses padat pada saatsetelah operasi bab encer dan cair.
 - 3) Pola tidur dan istirahat
Biasanya pasien akan kesulitan tidur di karenakan nyeri pada abdomen
 - 4) Pola Latihan atau Aktifitas
Pasien biasanya akan cepat merasa cepat lemah dan mudah lelah saat melakukan kegiatan sehari hari.

5) Pola bekerja

Biasanya pasien akan kesulitan melakukan kegiatan sehinggakan dibantu oleh keluarga

f. Pemeriksaan fisik

1) Kepala-leher

Pada umumnya tidak ada kelainan pada kepala, kadang ditemukan pembesaran kelenjar getah bening.

2) Mata

Biasanya pada pasien dengan kanker kolon mengalami anemiskonjungtiva yang disebabkan oleh anemia.

3) Hidung

Pada pemeriksaan hidung secara umum tidak tampak kelainan

4) Mulut

Biasanya pada wajah klien kanker kolon terlihat sianosis terutama pada bibir.

5) Leher

Lihat apakah ada pembengkakan pada kelenjar getah bening.

6) Thorax

Tidak ada pergerakan otot intercostae, gerakan dada simetris.

7) Abdomen

Inspeksi :

Pada inspeksi perlu diperlihatkan, apakah abdomen membuncit atau datar, apakah ada perut menonjol atau tidak, umbilikus menonjol atau tidak, apakah ada massa. Apakah ada bekas luka Laparotomi dan *colostomy*

Palpasi:

Teraba massa. Pembuntuan colon sebagian atau seluruhnya.

Perkusi:

Abdomen normal tympanik, adanya massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinaria, tumor)

Auskultasi :

Peningkatan bising usus.

8) Kulit

Apakah sianosis atau tidak

9) Ekstremitas

Biasanya pada pasien kanker kolon tidak ada kelainan pada ekstremitas atas dan bawah.

2. Diagnosis Keperawatan

Ada beberapa diagnosis yang mungkin muncul menurut (SDKI 2017)

Pre Operasi

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
- b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- d. Defisit pengetahuan kurang terpapar informasi.

Post Operasi

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
- c. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan ini dibuat berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI 2017) standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI 2019) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI 2018).

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Pre Operatif Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam di harapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil 1. kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. keluhan nyeri	Manajemen nyeri : (201) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skalanyeri

		<p>menurun</p> <p>3. meringis</p> <p>menurun</p> <p>4. sikap protektif</p> <p>menurun</p> <p>5. gelisah menurun</p> <p>6. kesulitan tidur</p> <p>menurun</p>	<p>3. Identifikasi responsnyerinonverbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankannyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberatdan memperingan rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan Strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode,dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri</p>
--	--	--	--

			<p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	<p>Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal</p>	<p>telah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan pola eliminasi membaik dengan kriteria hasil</p> <p>1. Kontrol pengeluaran Feses meningkat</p> <p>2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun</p> <p>3. Mengejan saat defekasi menurun</p> <p>4. Konsistensi feses membaik</p> <p>5. Frekuensi BAB membaik</p> <p>Peristaltik usus membaik</p>	<p>Manajemen Eliminasi Fekal</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar</p> <p>2. Monitor BAB</p> <p>3. Monitor tanda dan gejala diare, atau konstipasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>Sediakan makanan tinggi serat</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus</p> <p>2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses.</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai toleransi</p>

	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p>	<p>etalah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat kecemasan menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat Kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku Gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 	<p>Terapi relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa frekuensi nadi, TD,RR dan suhu sebelum dan sesudah latihan 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan <p>Identifikasi kesedian.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan. 2. Berikan informasi tertulis tentang perisapan dan prosedur teknik relaksasi
--	--	--	--

			3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik
--	--	--	--

			<p>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan, manfaat batasan dan jenis relaksasi nafas dalam</p> <p>2. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p>
1	<p>Post Operasi</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam di harapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil</p> <p>1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</p> <p>2. keluhan nyeri menurun</p> <p>3. meringis menurun</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skalanyeri</p> <p>3. Identifikasi responsnyeri nonverbal</p>

		<p>3. sikap protektif menurun</p> <p>4. gelisah menurun</p> <p>5. kesulitan tidur menurun</p>	<p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan rasa nyeri <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	---	---

	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda gejala infeksi. 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
--	---	---	--

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain studi kasus bertujuan untuk menjelaskan mengenai status dari objek yang diteliti saat ini dan dapat mengetahui karakteristik dari variabel yang diteliti (Sayidah, 2018). Studi kasus adalah suatu penelitian yang dilakukan secara intensif menggunakan berbagai sumber bukti terhadap suatu entitas tunggal yang dibatasi oleh ruang dan waktu (Rukajat 2018). Studi kasus yang akan dilakukan yaitu Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di IRNA Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tahun 2023.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruangan IRNA Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Oktober 2022 sampai Juni 2023. Asuhan keperawatan dilakukan 14 februari 2023 sampai 18 februari 2023.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien kanker kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang pada saat dilakukan penelitian. Jumlah populasi saat penelitian 2 orang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang terjangkau dan dapat digunakan sebagai subjek dalam penelitian melalui random sampling (Nursalam, 2020). Sampel penelitian ini adalah 1 orang pasien dengan diagnosis kanker kolon yang ada saat penelitian di Ruang Bedah Wanita RSUP Dr. M.Djamil Padang tahun 2023. Pengambilan sampel penelitian dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu teknik penarikan sampel yang

didasarkan pada kriteria – kriteria tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti. Proses pengambilan sampel ditemukan 1 orang sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dan dijadikan sampel pada penelitian ini yaitu Ny S.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden
- 2) Pasien dirawat dengan keadaan kooperatif

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien yang dilakukan perawatan kurang dari 5 hari karena pulang atau meninggal.
- 2) Pasien yang dirawat dengan kemoterapi.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah sehingga hasilnya menjadi lebih baik (Tersiana, 2018). Pada penelitian ini maka instrument yang digunakan adalah format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah terdiri dari : identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium dan terapi pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, data masalah dan etiologi.
3. Format diagnosis asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, no rekam medis, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah dan dipecahkannya masalah.

4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan dan paraf
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengambilan data menurut (Rukajat 2018):

1. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data penelitian melalui pengamatan terhadap suatu objek atau proses, baik secara visual maupun menggunakan alat. Maka hasil dari observasi yang didapatkan pasien tampak lemah, meringis, ada pembengkakan pada abdomen.

2. Pengukuran

Pengukuran adalah pengumpulan data yang dilakukan dengan mengukur objek yang akan di teliti dengan alat ukur tertentu, yaitu pengukuran berat badan dengan menggunakan timbangan berat badan, tekanan darah dengan tensimeter dan stetoskop.

3. Wawancara

Wawancara adalah cara pengumpulan data dalam penelitian dengan menggunakan pertanyaan yang akan diajukan langsung kepada responden secara lisan lalu responden menjawabnya. Wawancara dilakukan secara tatap muka antara peneliti dengan responden. Maka wawancara dalam penelitian ini dilakukan untuk mengumpulkan data identitas, keluhan pasien, riwayat kesehatan, dan pola aktifitas sehari- hari pasien.

4. Dokumentasi

Dokumentasi adalah salah satu teknik pengumpulan data untuk memperoleh informasi melalui fakta yang tersimpan dalam bentuk data sekunder, misalnya rekam medis pasien, laporan bulanan, laporan tahunan, catatan pasien serta catatan keperawatan. Pendokumentasian dalam penelitian ini berasal dari rumah sakit yaitu buku rekam medis pasien yang mencakup segala asesmen dokter dan perawat, catatan keperawatan, dan hasil pemeriksaan penunjang.

F. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Data primer dalam penelitian ini (identitas klien dan keluarga, riwayat kesehatan seperti pembengkakan, pemeriksaan fisik, menurunnya ketajaman penglihatan, pola aktivitas pasien, penurunan BB, meningkatnya nafsumakan, sering merasa haus dan banyak buang air kecil (Siyoto, 2015).

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada (peneliti sebagai tangan kedua). Data sekunder dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti Biro pusat statistik, buku, laporan, jurnal (Siyoto, 2015).

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari rekam medis dan ruangan bedah RSUP Dr. M Djamil Padang. Data sekunder adalah berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan.

G. Analisis Data

Data yang ditemukan saat pengkajian yang telah dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan data objektif, sehingga dapat

dirumuskan diagnosis keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan teori dan penelitian terdahulu.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab IV ini akan menguraikan asuhan keperawatan beserta analisis pada pasien dengan kanker kolon sebagai kasus kelolaan. Pengambilan kasus dilakukan pada tanggal 14 Februari 2023 – 18 Februari 2023 di ruang IRNA Bedah Wanita RSUP Dr M.Djamil Padang.

A. DESKRIPSI KASUS

1. Pengkajian Keperawatan

Pasien Ny S usia 66 tahun merupakan seorang ibuyang bekerja sebagai IRT dengan status kawin yang memiliki 2 orang anak. Pendidikan pasien adalah tamat SLTA. Pasien masuk RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tanggal 13 february 2023 pukul 14.44 WIB, pasien masuk melalui IGD setelah dirujuk oleh RS Resksodiwiry Padang, sekarang pasien dirawat di ruang bedah Wanita RSUP Dr.M.Djamil Padang. Pasien masuk dengan keluhan BAB keluar 3-5 kali sehari dengan konsistensi cair bercampur darah sejak 2 minggu yang lalu. Pasien mengatakan nyeri perut pada bagian kanan, pasien mengeluhkan ada pembengkakkan pada perut kanan atas sejak 6 bulan yang lalu disertai penurunan nafsu makan.

Menurut Dr. dr. Ikhwan Rinaldi Konsultan Hematologi Onkologi Medik FKUI-RSCM Pada usus besar, air diserap sehingga kotoran atau feses menjadi berbentuk dan tidak berair. Mereka yang terkena diare, umumnya mengalami gangguan dalam penyerapan air di usus besar karena adanya radang pada bagian itu menghambat penyerapan cairan.

Saat dilakukan pengkajian pre operasi pada selasa tanggal 14 february 2023 pukul 16.00 WIB diruang bedah Wanita pasien mengatakan nyeri perut timbul dengan skala 6,durasi 3-5 menit, nyeri terasa meski hanya duduk diam, pasien mengalami diare dengan konsistensi cair kekuningan bercampur darah sekitar 2 minggu sebelum masuk rumah sakit, badan pasien

terasa lemas segala aktifitas dibantu keluarga dan perawat, nafsu makan berkurang. Pasien mengatakan nyeri sudah dirasakan dari tahun 2022 tetapi tidak pernah diobati. Pasien mengatakan sudah pernah melakukan kolonoskopi di RS Resksodiwiryo Padang dengan hasil ditemukan ada polip pada usus asenden.

Hasil pengkajian ini sama dengan penelitian dari Yulia (2019) menunjukkan bahwa pasien dengan kanker kolon akan merasakan nyeri pada perut dan perubahan defekasi. Pada saat dilakukan pengkajian post operasi laparoskopi pada tanggal 16 Februari 2023 pukul 10.00 WIB pasien mengatakan nyeri pada luka post laparoskopi dengan skala nyeri 5, tampak luka sepanjang 1 cm, tampak stoma masih memerah, nyeri hilang timbul dengan durasi 6-10 menit, pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi stoma dengan tidak berubah posisi tidur., pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat dan anaknya.

Riwayat kesehatan dahulu didapatkan pasien mengatakan sudah merasakan nyeri pada bagian perut kanan sejak April 2022 tapi tidak pernah diobati. Pasien masuk RS Resksodiwiryo Padang pada 23 Januari dan dilakukan tindakan kolonoskopi dan dirawat selama 3 hari. Setelah pulang pasien mengalami diare selama 2 minggu kemudian pasien kembali ke RS Resksodiwiryo Padang dan dirujuk ke RS M.Djamil Padang. Pasien tidak memiliki riwayat kanker kolon sebelumnya. Ny.S mengatakan dari dahulu tidak suka makan sayur dan saat masih muda sering mengonsumsi makanan yang berpenyedap seperti bakso, mie ayam, dan juga selalu menambahkan bahan penyedap pada masakannya.

Pengkajian keluarga didapat keluarga lainnya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien dan juga tidak memiliki penyakit keturunan lainnya seperti Hipertensi dan DM.

Kegiatan aktivitas sehari-hari didapatkan data Pasien memiliki kebiasaan makan saat sehat 2-3 kali sehari lengkap dengan lauk dengan porsi sedang dan selalu habis serta sering mengonsumsi makanan berpenyedap. Pada

saat dirawat sebelum operasi pasien makan 3 kali sehari dengan porsi yang diberikan rumah sakit, setelah operasi Pasien diberikan diet MC (makanan cair) seperti susu dan jus buah. Pola istirahat dan tidur Pasien lebih kurang 5-6 jam sehari. Ny S mengatakan sulit tidur malam karena nyeri pada abdomen. Dalam sehari BAK Pasien sekitar 150-300 cc sehari.

Pemeriksaan abdomen, pada inspeksi ada distensi abdomen, tidak ada asites, saat perkusi terdengar tympani, pada saat auskultasi bising usus meningkat 35x/i.

Pemeriksaan penunjang pada tanggal 14 Februari 2023 (pre op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 11,0 g/Dl (12.0-14.0), albumin : 2.2 g/dL (3.8-6.0) Pemeriksaan penunjang pada tanggal 18 Februari 2023 (post op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 11.7 g/Dl (12.0-14.0), leukosit $10.36 \times 10^3/\text{mm}^3$ (6.0-10.0), trombosit $668 \times 10^3/\text{mm}^3$ (160-400), hematokrit 34 % (37,0-43,0).

Program pengobatan IVFD Nacl 0,9% pada tangan kanan, ketorolac 3 x 30 ml (IV), Ceftriaxone 2 x 1 10ml (IV), Ranitidine 3 x1 25 mg (IV), Vitamin K 3 x 1 10 mg/ml (IV), Metronidazol 3x1 50g (peroral), Ringer Lactate 500ml, Tutosol 500ml, Eritromisin 4x1 5g, kalnex 3x1 50g.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjektif, data objektif dan data penunjang seperti data pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan darah, data pemeriksaan diagnostik dan data pengobatan pasien. Berikut ini merupakan diagnosis keperawatan yang ditegakkan peneliti pada partisipan :

a. Diagnosis Keperawatan Pre Operatif

1) Diagnosis Keperawatan I

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada tanggal 14 Februari 2023 ditemukan data subjektif Pasien mengatakan nyeri

seperti ditusuk tusuk. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 6 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 3-5 menit. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena pasien merasakan nyeri, pasien tampak gelisah dan pasien tampak pucat pasien tampak meringis kesakitan. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

2) Diagnosis Keperawatan II

Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal pada tanggal 14 februari 2023 ditemukan data subjektif Pasien mengatakan Nyeri perut bagian kanan, BAB Keluar tidak bisa ditahan, BAB cair dan terkadang berdarah. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal.

b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi

1) Diagnosis Keperawatan I

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) pada tanggal 16 Februari 2023 ditemukan nyeri pada bekas operasi, nyeri dengan skala 5, nyeri hilang timbul dengan durasi 6-10 menit. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena pasien merasakan nyeri pada luka operasi, pasien tampak gelisah dan pasien tampak pucat pasien tampak meringis kesakitan dan pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak banyak bergerak, pasien mendapat terapi obat ketorolac 3x 30 ml (IV). Dari data tersebut peneliti mengangkat diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

2) Diagnosis Keperawatan II

Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive pada tanggal 16 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi kolostomi pada abdomen kanan, luka

operasi terpasang kantong kolostomi, pasien tampak pucat dan lemah, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, hasil pemeriksaan laboratorium leukosit $10,36 \text{ mm}^3$ (6.0-10.0). Pasien mendapat terapi obat ceftriaxone 2 x 10 ml. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis keperawatan resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive.

3) Diagnosis Keperawatan III

Resiko Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis pada tanggal 16 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan ada luka bekas operasi abdomen kanan dan pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi. Tampak luka bekas operasi masih memerah pada abdomen kanan, luka operasi terpasang kantong kolostomi. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Pasien mengacu pada SLKI dan SIKI (2018). Berikut adalah intervensi keperawatan yang dilakukan pada Ny. S:

a. Intervensi Keperawatan Pre Operasi

1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah perawatan kenyamanan dan manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, gatal), identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya, berikan posisi yang nyaman, berikan kompres dingin atau hangat, ciptakan lingkungan yang nyaman, dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan, diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, ajarkan terapi relaksasi, ajarkan teknik distraksi mendengarkan ayat suci alquran dan kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu. Setelah tindakan intervensi

dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat ansietas dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun.

2) Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal adalah manajemen diare dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi penyebab diare, monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, monitor tanda gejala hypovolemia, monitor jumlah feses saat diare, berikan asupan cairan oral, pasang jalur intravena, berikan cairan intravena. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan kontrol pengeluaran feses meningkat, nyeri abdomen menurun, kram abdomen menurun, konsistensi feses membaik, dan frekuensi defekasi membaik.

b. Intervensi Keperawatan Post Operatif

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur Operasi)

Intervensi keperawatan pertama pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis adalah manajemen nyeri dengan tindakan intervensi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik.

2) Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Intervensi keperawatan pada diagnosis keperawatan Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif adalah pencegahan infeksi tindakan intervensi keperawatan yaitu monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, ajarkan teknik mencuci tangan yang benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian antibiotik. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : demam menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun dan leukosit membaik.

3) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik

Intervensi keperawatan pada diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan dengan faktor mekanik adalah perawatan integritas kulit dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misal perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas). Intervensi terapeutik adalah gunakan produk yang dapat melembabkan kulit, gunakan produk berbahan ringan/alami pada kulit sensitif. Intervensi edukasi yaitu anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air putih yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat meningkatkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat, kerusakan lapisan kulit menurun, tekstur kulit membaik.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi kepada Ny S dilakukan selama 5 hari sesuai dengan asuhan keperawatan yang dibuat berikut adalah asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Ny.S.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Pasiendengan masalah keperawatan **Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** dari tanggal 14-15 Februari 2023 adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi gejala, lokasi, durasi dan skala nyeri. Memberikan posisi yang nyaman, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan, memberikan terapi obat ketorolac 3x30 ml, mengajarkan teknik distraksi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Pasiendengan masalah keperawatan **diare berhubungan dengan inflamasi gastroinestial** dari tanggal 14-15 Februari 2023 adalah manajemen diare dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi penyebab terjadinya diare, memonitor pengeluaran feses, volume, frekuensi, dan konsistensi. Memberikan obat kalnex 3x60g.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Pasiendengan masalah keperawatan **nyeri akut berhubungan agen pencederaan fisik** dari tanggal 16-18 Februari 2023 adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri seperti posisi miring kiri/kanan dan terapi relaksasi, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan, fasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri, memberikan terapi obat ketorolac 3x30 ml.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Pasien dengan masalah keperawatan **resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif** dari tanggal 16-18 Februari 2023 adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menjelaskan tanda gejala infeksi, memberikan obat ceftriaxone 2x1gr Memberikan obat kalnex 3x60g dan metronidazole 3x60g (peroral).

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Pasien dengan masalah keperawatan **resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik** dari tanggal 16-18 Februari 2023 adalah perawatan integritas kulit dengan tindakan keperawatan memonitor karakteristik luka, monitor tanda infeksi, melakukan perawatan kolostomi, menjelaskan tanda gejala infeksi, memberikan terapi obat ceftriaxone 2x1g.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 2 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Pasien dengan diagnosis keperawatan **Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor** didapatkan masalah teratasi sebagian pada kunjungan kedua yaitu pada tanggal 15 Februari 2023. Evaluasi subjektif pada kunjungan kedua, klien mengatakan nyeri masih ada, Pasien mengatakan rileks saat dilakukan teknik distraksi .

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 2 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Pasien dengan diagnosis keperawatan **diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal** didapatkan masalah teratasi pada kunjungan kedua yaitu pada tanggal 15 Februari 2023. Evaluasi subjektif pada kunjungan kedua, Pasien mengatakan frekuensi BAB 2x sehari. Evaluasi objektif konsistensi BAB tampak sudah lunak kekuningan.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 3 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Pasiendengan diagnosis keperawatan **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** didapatkan masalah teratasi pada kunjungan kelima yaitu pada tanggal 18 Februari 2023. Evaluasi subjektif yang diperoleh klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang, tidur malam sudah tidak terganggu, pusing sudah tidak ada, skala nyeri 2 pasien sudah dapat duduk dan berjalan ke kamar mandi. Evaluasi objektif didapatkan wajah meringis sudah tidak ada, klien tampak tenang, TD 119/86mmhg, Napas 20x/i. Pasien sudah direncanakan untuk pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 3 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Pasiendengan diagnosis keperawatan **resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif** didapatkan masalah teratasi pada kunjungan kelima yaitu pada tanggal 18 Februari 2023. Evaluasi subjektif yang diperoleh klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang, tidur malam sudah tidak terganggu, pusing sudah tidak ada, skala nyeri 2. Evaluasi objektif tidak tampak kemerahan pada bekas luka, klien tampak tenang, TD 121/80mmhg, Napas 20x/i. Pasien sudah direncanakan untuk pulang.

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 3 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Pasiendengan diagnosis keperawatan **resiko gangguan integritas kulit** didapatkan masalah teratasi pada kunjungan kelima yaitu pada tanggal 18 Februari 2023. Evaluasi subjektif luka tidak terasa gatal. Evaluasi objektif tidak tampak luka lecet akibat pemasangan kantong kolostomi, Pasien sudah direncanakan untuk pulang

B. Pembahasan Kasus

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Pasiendengan Kanker Kolon di ruang IRNA Bedah Wanita RSUP Dr M.Djamil Padang pada tanggal 14-18 Februari 2023, maka pembahasan kasus ini peneliti akan menganalisa data

hasil penelitian dengan membahas kesenjangan antara teori dengan hasil temuan penenliti saat proses keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian keperawatan

Pada kasus ditemukan pasien perempuan berusia 66 tahun hal inidi dukung dengan penelitian (Sony Prabowo 2019) bahwa salah satu factor resiko kanker kolon adalah orang usia yaitu dengan usia 60 tahun keatas.

Saat dilakukan pengkajian pre operasi kolostomi pada tanggal 14 Februari 2023 pukul 10.00 WIB pasien mengatakan merasakan perubahan pada defekasi dimana pasien mengalami diare sejak 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. Pasien masuk dengan keluhan BAB tidak dapat ditahan sejak 2 minggu yang lalu. Konsistensi BAB cair dan terkadang bercampur darah.

Hal ini sesuai dengan pendapat (Sayuti and Nouva 2019) salah satu tanda dan gejala dari kanker kolon adalah perubahan defekasi konsistensi feses menjadi lembek/cair (diare/sembelit) , Perut terasa penuh, ditemukannya darah (baik merah terang atau sangatgelap) di feses. Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya. Sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perasaan penuh atau kembung. Kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui. Merasa sangat lelah sepanjang waktu. Pada saat pengkajian didapatkan pasien merasakan nyeri pada abdomen kanan, pembengkakan pada abdomen kanan sejak 6 bulan yang lalu. Konsistensi BAB cair dan terkadang berdarah.

Hal ini sesuai dengan pendapat (Merdawati and Malini 2019) tanda dan gejala kanker kolon yaitu terdapat darah pada feses, nyeri perut , perubahan defekasi, dan terdapat massa pada abdomen. Sedangkan pada stadium lanjut akan menimbulkan gejala nyeri tulang dan apabila telah bermetastase ke otak dapat menyebabkan koma.

Berdasarkan kasus Pasien faktor penyebab kanker kolon sama dengan teori. Ditemukan beberapa faktor resiko seperti kurang mengkonsumsi

makanan dengan serat seperti sayuran, namun Pasien sering mengkonsumsi makanan berlemak, pedas dan berpenyedap, seperti bakso, jeroan dan makanan lainnya. Hingga saat ini penyebab utama kanker kolon belum diketahui secara pasti, diduga banyak faktor resiko seperti faktor genetic, lingkungan, gaya hidup (pola konsumsi lemak, kurang serat).

Pada pemeriksaan kimia klinik darah ditemukan penurunan albumin dan peningkatan globulin. Hal ini sesuai dengan penelitian (Tjin willy, 2018) mengatakan bahwa hipoalbumin biasanya terjadi pada seseorang dengan penyakit berat atau berlangsung lama (kronis).

Saat dilakukan pengkajian post operasi laparoscopi pada tanggal 16 Februari 2023 pukul 10.00 WIB Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat dan anaknya.

Menurut Smeltzer & Bare (2016), pasien post operasi akan merasakan nyeri pada luka bekas operasi, menurut sjamsuhijat (2013) nyeri akan timbul setelah melakukan operasi yang disebabkan oleh luka operasi serta kemungkinan lain yang perlu dipertimbangkan.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik setelah operasi tampak lemah lesu dan tidak bersemangat, kesadaran compos mentis, GCS 15, TD 134/80 mmHg, nadi 102x/I, suhu 36,7, rambut tidak ada kerontokan, mata simetris kiri dan kanan.

Pada 14 februari 2023 didapatkan hasil labor (pre op) Hemoglobin 11.0g/dL, Leukosit $7.23 \times 10^3/\text{mm}^3$, Trombosit $289 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hematokrit 40%, Eritrosit $4.87 \times 10^6/\mu\text{L}$. Pada tanggal 17 februari 2023 di dapatkan hasil labor (post op) Ny S hemoglobin 11.7g/dL, leukosit $10.36 \times 10^3/\text{mm}^3$, Trombosit $568 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hematokrit 34%. Menurut penelitian

(Astuti,2017) Penderita kanker kolon post operasi menunjukkan pula peningkatan leukosit meski belum tentu terjadi infeksi.

Menurut (Merdawati and Malini 2019) penatalaksanaan pada pasien kanker kolon salah satunya yaitu dengan pembedahan. Kolostomi adalah prosedur pembuatan lubang di perut yang berfungsi sebagai saluran pembuangan kotoran (feses). Prosedur ini biasanya dilakukan pada pasien yang tidak dapat buang air besar dengan normal akibat adanya masalah di usus besar, anus, atau rectum.

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada Ny. S, peneliti menegakkan 5 diagnosis, 2 diagnosis keperawatan pre operatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, dan diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. serta 3 diagnosis keperawatan post operatif yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, dan resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis.

a. Diagnosis Keperawatan Pre Operatif

1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor Diagnosis nyeri kronis dapat ditegakkan pada Ny. S berdasarkan data subjektif pasien mengatakan ada nyeri dan terdapat benjolan pada abdomen kanan sejak 6 bulan yang lalu. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 6 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk- tusuk dengan durasi 3-5 menit. Dari data tersebut peneliti menegakkan diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Menurut Brunner & Suddarth (2013) diagnosis keperawatan yang muncul sebelum operasi adalah ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, dan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Menurut analisa peneliti, diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada Pasien dengan teori. Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor juga dapat ditegakkan pada kasus Pasien karena didukung oleh data subjektif dan objektif sesuai dengan standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI). Nyeri pada pasien kanker kolon diakibatkan oleh tumor pada pasien kanker kolon akan menekan reseptor nyeri (tulang, saraf, atau organ tubuh) sehingga menjadi sumber stimulasi nyeri (Lyndon, 2013).

2) Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal Diagnosis diare dapat ditegakkan pada Pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan BAB tidak dapat ditahan sejak 2 minggu yang lalu, BAB lebih dari 5x sehari dengan konsistensi cair. Dari data tersebut peneliti menegakkan diagnosis Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal.

Tapi hal ini sesuai dengan pendapat (Sayuti and Nouva 2019) salah satu tanda dan gejala dari kanker kolon adalah perubahan defekasi konsistensi feses menjadi lembek/cair (diare/sembelit) , Perut terasa penuh Ditemukannya darah (baik merah terang atau sangat gelap) di feses. Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya. Sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perasaan penuh atau kembung. Kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui. Merasa sangat lelah sepanjang waktu.

Hasil pengkajian ini tidak sama dengan penelitian dari Indah (2019) Pada kasus Indah pasien tidak mengalami perubahan defekasi. Namun pasien mengalami Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.

b. Diagnosis Keperawatan Post Operatif

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi laparoscopi pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, luka bekas operasi terpasang kantong kolostomi, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi daerah operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Dari data tersebut maka peneliti menegakkan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi).

Penelitian yang dilakukan Noor (2021) menegakkan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi). Ditunjang dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit dan pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari akibat nyeri sehingga pola tidurnya berubah.

Hal ini sama dengan penelitian Indah (2021) juga mendapatkan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan pasien sama sama mengeluh nyeri tanpa gelisah dan meringis.

- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive Pada saat dilakukan pengkajian post operasi laparoscopi pasien mengatakan luka bekas operasi masih memerah dan basah. Ditemukan hasil labor leukosit $10.36 \times 10^3/\text{mm}^3$ dan pasien mendapat terapi ceftriaxon. Berdasarkan data subjektif dan objektif yang ada peneliti menegakkan diagnosis resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive.

Menurut Herdman (2015) resiko infeksi didefinisikan rentan mengalami serangan dan organisme patogenik yang berkembang dengan cepat yang dapat mengganggu kesehatan, beberapa faktor resiko yang menyebabkan infeksi adalah kurangnya pengetahuan

untuk menghindari terkena pathogen, malnutrisi, obesitas, memiliki penyakit kronis dan juga tindakan prosedur invasif.

Menurut analisa peneliti, diagnosis keperawatan resiko infeksi bisa ditegaskan pada Pasien dikarenakan sesuai dengan data subjektif dan objektif dalam SDKI. Hal ini juga didukung dengan hasil laboratorium yaitu nilai leukosit $10.3610^3/\text{mm}^3$.

Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan Indah (2021) yang juga mengangkat resiko inveksi berhubungan dengan prosedur invasif.

3) Resiko gangguan integritas kulit dan jaringan

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi laparoscopi pasien mengatakan nyeri pada luka abdomen kanan, pasien mengatakan luka operasi terpasang kantong kolostomi. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka operasi terpasang kantong kolostomi, luka operasi tampak masih basah dan memerah.

Truven health analystyc (2012) mengatakan komplikasi stoma banyak muncul pada tahun pertama pasca pembedahan. Seperti Ny S tampak kemerahan dan tidak ada darah.

Hal ini berbeda dengan penelitian Yulia (2019) pada penelitian Yulia pasien sudah tidak lagi resiko tapi sudah gangguan integritas kulit karena pasien sudah mengalami perembesan pada kantong kolostomi.

3. Intervensi Keperawatan

a. Intervensi Keperawatan Pre Operatif

1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu *observasi* identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, gatal), identifikasi pemahaman

tentang kondisi, situasi, dan perasaannya, *terapeutik* berikan posisi yang nyaman, berikan kompres dingin atau hangat, ciptakan lingkungan yang nyaman, berikan pemijatan, dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan, diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, *edukasi* jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, ajarkan terapi relaksasi, ajarkan latihan pernapasan, ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing, dan kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, jika perlu. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan nyeri dapat menurunkan tingkat ansietas dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun. Salah satu latihan yang diajarkan pada Ny S yaitu distraksi yaitu pengalihan pikiran agar pasien tidak terlalu fokus dengan penyakitnya. Latihan dilakukan dengan mendengarkan ayat al-quran melalui Hp.

Menurut penelitian (Syamsudin and Kadir 2021) Suara AlQur'an ibarat gelombang suara yang memiliki ketukan dan gelombang tertentu, menyebar dalam tubuh kemudian menjadi getaran yang bisa mempengaruhi fungsi gerak sel otak dan membuat keseimbangan didalamnya. Sesuatu yang terpengaruh dengan tilawah Al-Qur'an, getaran neuronnya akan stabil kembali. Al-Qur'an mempunyai beberapa manfaat karena terkandung beberapa aspek yang dapat

berpengaruh terhadap kesehatan antara lain: mengandung unsur meditasi, autosugesti dan relaksasi.

Metode pereda nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan mandiri perawat untuk mengurangi intensitas nyeri sampai dengan tingkat yang dapat ditoleransi oleh pasien (Potter & Perry, 2010). Sekarang telah banyak dikembangkan intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi intensitas nyeri paska operasi seperti teknik relaksasi dan distraksi. Teknik relaksasi bertujuan untuk memberikan rasa nyaman dan rileks pada pasien, dapat mengurangi intensitas nyeri, serta dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah . Sedangkan distraksi merupakan teknik memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dan merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang di tranmisikan ke otak (Pinandita 2012)

Amita (2018) menjelaskan bahwa perawat sangat berperan penting dalam menanggulangi nyeri, salah satunya yaitu dengan terapi nonfarmakologis. Penelitian yang dilakukan oleh Anifah & Yumni, (2019) mengatakan bahwa teknik napas dalam terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri pada pasien karena dengan melakukan napas dalam pasien menjadi lebih rileks dan nyaman.

2) Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal

Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal adalah manajemen diare dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi penyebab diare, monitor

warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, monitor tanda gejala hypovolemia, monitor jumlah feses saat diare, berikan asupan cairan oral, pasang jalur intravena, berikan cairan intravena. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan kontrol pengeluaran feses meningkat, nyeri abdomen menurun, kram abdomen menurun, konsistensi feses membaik, dan frekuensi defekasi membaik.

Menurut Dr. dr. Ikhwan Rinaldi Konsultan Hematologi Onkologi Medik FKUI-RSCM Pada usus besar, air diserap sehingga kotoran atau feses menjadi berbentuk dan tidak berair. Mereka yang terkena diare, umumnya mengalami gangguan dalam penyerapan air di usus besar. Adanya radang pada bagian itu menghambat penyerapan cairan.

b. Intervensi Keperawatan Post Operatif

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Intervensi keperawatan pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah manajemen nyeri dengan tindakan intervensi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status

kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun.

Salah satu latihan yang diajarkan pada Ny S yaitu distraksi yaitu pengalihan pikiran agar pasien tidak terlalu fokus dengan penyakitnya. Latihan dilakukan dengan mendengarkan ayat al-quran melalui Hp

- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Intervensi keperawatan pada diagnosis keperawatan Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif adalah pencegahan infeksi tindakan intervensi keperawatan yaitu monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, ajarkan teknik mencuci tangan yang benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian antibiotik. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : demam menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun dan leukosit membaik.

Perencanaan yang dilakukan adalah perawatan stoma, pada perawatan stoma pasien dan keluarga dianjurkan melindungi kulit peristoma dengan sering mencuci area tersebut dengan sabun ringan, washlap lembab dan lembut kemudian Keringkan kulit di sekitar stoma.

Menurut peneliti resiko infeksi bisa dicegah dengan perawatan luka karena dengan melakukan perawatan luka bisa membersihkan luka apabila ada kuman atau pathogen penyebab infeksi.

- 3) Resiko gangguan integritas kulit/jaringan

Intervensi keperawatan pada diagnosis resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat infeksi dengan kriteria hasil : demam menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik.

Perencanaan yang dilakukan pada Ny S yaitu menggunakan pakaian longgar, menjaga kebersihan kulit dan mobilisasi setiap 2 jam sekali.

Pemberian edukasi dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional dengan melibatkan keluarga secara aktif dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi pasien. Program dan strategi edukasi kesehatan yang efektif dapat menyebabkan hasil kesehatan yang lebih baik, khususnya membantu keluarga untuk mendapatkan lebih banyak pengetahuan dan keterampilan (Maliniet al. 2015).

4. Implementasi keperawatan

a. Implementasi Keperawatan Pre Operatif

- 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
Implementasi keperawatan pada diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,

mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, teknik relaksasi napas dalam, mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam, menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam, kolaborasi dalam memberikan ketorolac 3 x 30 ml (IV).

Implementasi yang dilakukan adalah latihan distraksi yaitu pengalihan pikiran agar pasien tidak terlalu fokus dengan penyakitnya. Latihan dilakukan dengan mendengarkan ayat al-quran melalui Hp.

- 2) Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal
Implementasi keperawatan pada diagnosis diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal adalah manajemen diare dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi penyebab terjadinya diare, memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses, memonitor jumlah pengeluaran feses, memberikan edukasi menghindari makanan pedas dan kurang serat, dan memberikan obat kalnex 3x60g.

b. Implementasi Keperawatan Post Operatif

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (prosedur operasi)

Implementasi keperawatan pada diagnosis Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (prosedur operasi) adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan yaitu dengan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, menjelaskan

tujuan, manfaat, batasan, teknik relaksasi napas dalam, mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam, menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam, kolaborasi dalam memberikan ketorolac 3 x 30 ml (IV) dan ranitidine 3 x 25 ml (IV).

Implementasi yang dilakukan adalah sesuai dengan teori yaitu memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. Relaksasi napas dalam itu sendiri bermanfaat untuk mendapatkan perasaan tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot untuk mengurangi ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri.

- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invansif
 Implementasi keperawatan pada diagnosis Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invansi adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan memonitor tanda dan gejala infeksi, mencucitangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menjelaskan tanda gejala infeksi, mengajarkan perawatan stoma memberikan obat ceftriaxone 2x1gr, memberikan obat kalnex 3x60g dan metronidazole 3x60g (peroral).

Implementasi dilakukan adalah perawatan stoma, pada perawatan stoma pasien dan keluarga dianjurkan melindungi kulit peristoma dengan sering mencuci area tersebut dengan sabun ringan, washlap lembab dan lembut kemudian Keringkan kulit di sekitar stoma

- 3) Resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik

Implementasi keperawatan pada diagnosis Resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik adalah perawatan integritas kulit dengan tindakan keperawatan memonitor karakteristik luka, monitor tanda infeksi, melakukan perawatan kolostomi, menjelaskan tanda gejala infeksi, memberikan terapi obat ceftriaxone 2x1g.

Perencanaan yang dilakukan pada Ny S yaitu menggunakan pakaian longgar, menjaga kebersihan kulit dan mobilisasi setiap 2 jam sekali.

5. Evaluasi keperawatan

a. Evaluasi Keperawatan Pre Operatif

1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Pasien dengan diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor didapatkan hasil : data subjektif pasien mengatakan ada benjolan pada abdomen kanan. Pasien mengatakan nyeri abdomen kanan. Saat ditanyaskala nyeri yang dirasakan yaitu 6 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 3-5 menit, dan setelah dilakukan latihan distraksi, pasien mengatakan merasa lebih tenang dan nyaman, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang teknik distraksi.

Menurut analisa peneliti hasil evaluasi pada diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor teratasi karena keluhan nyeri yang dirasakan merupakan nyeri yang disebabkan oleh pertumbuhan kanker itu sendiri, dimana sel kanker tumbuh secara tidak terkendali dan menyebar secara abnormal dan akan menimbulkan nyeri.

2) Diare berhubungan dengan inflamasi Gastrointestinal
Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Pasien dengan diagnosis Diare berhubungan dengan inflamasi Gastrointestinal di dapatkan hasil Evaluasi subjektif pada kunjungan kedua, Pasien mengatakan frekuensi BAB 2x sehari. Evaluasi objektif konsistensi BAB tampak sudah lunak kekuningan.

b. Evaluasi Keperawatan Post Operatif

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Pasien dengan diagnosis Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) didapatkan hasil Evaluasi subjektif yang diperoleh klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang, tidur malam sudah tidak terlalu terganggu, pusing sudah tidak ada, skala nyeri 5. Evaluasi objektif didapatkan wajah meringis sudah tidak ada, klien tampak tenang, pasien sudah mulai bisa duduk TD 119/86mmhg, Napas 20x/i. Pasien sudah direncanakan untuk pulang.

Hasil analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian.

2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Pasien dengan diagnosis Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif Evaluasi subjektif yang diperoleh klien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang, tidur malam sudah tidak terganggu, pusing sudah tidak ada. Evaluasi objektif tidak tampak kemerahan pada

bekas luka, klien tampak tenang, TD 121/80mmhg, Napas 20x/i. Pasien sudah direncanakan untuk pulang.

Hasil analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif teratasi sebagian

3) Resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Pasien dengan diagnosis Resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis luka tidak terasa gatal. Evaluasi objektif tidak tampak luka lecet akibat pemasangan kantong kolostomi, Pasien sudah direncanakan untuk pulang.

Hasil analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis Resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis teratasi sebagian

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien KankerKolon di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang, dapat disimpulkan :

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada pasien kanker kolon didapatkan keluhan pasien pada fase pre operatif yaitu terdapat benjolan pada abdomen kanan, terasa nyeri dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 3-5 menit. Pada luka post operatif pasien kanker kolon mengalami nyeri bekas luka operasi, dan juga terpasang kantong kolostomi. Pasien kanker kolon juga akan mengalami masalah gangguan aktifitas karena sulit jika bergerak dan akan menimbulkan nyeri pada luka bekas operasi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien dengan kanker kolon saat fase pre operatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dan diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. Sedangkan pada fase post operatif diagnosis yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien dengan kanker kolon yaitu terapi relaksasi, perawatan kenyamanan, perawatan stoma, manajemen nyeri, pemberian analgetik, perawatan luka, dan pencegahan infeksi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien kanker kolon dilakukan selama 5 hari. Implementasi yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan keperawatan yang telah disusun yaitu melakukan terapi relaksasi nafas dalam, kolaborasi memberikan analgetik ketorolac, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan operasi kanker kolon dan pengobatan lebih lanjut : melakukan perawatan stoma dan melakukan pencegahan infeksi. Sebagian besar tindakan keperawatan dapat dilakukan pada implementasi keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi dalam bentuk SOAP. Hasil yang tercapai berdasarkan SLKI yaitu tingkat kenyamanan meningkat, integritas kulit membaik, tingkat nyeri menurun, penyembuhan luka meningkat, dan tingkat infeksi menurun.

6. Dokumentasi Keperawatan

Semua tindakan implementasi, dan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Pasien sudah didokumentasikan pada catatan peneliti di laporan hasil pengkajian.

B. Saran

1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Melalui direktur rumah sakit diharapkan perawat yang ada diruangan agar dapat lebih memperhatikan intervensi manajemen nyeri bagi pasien kanker kolon yang sudah dilakukan dan mempertahankan agar intervensi berjalan dengan optimal, yaitu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi mendengarkan ayat suci alquran

2. Bagi Institusi Pendidikan

Peneliti merekomendasikan agar institusi pendidikan menyediakan dan memperbanyak sumber buku dan jurnal kesehatan yang terbaru dan

kepastakaan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolon dikarenakan tidak adanya sumber terbaru mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolon.

3. Perawat Ruang IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang

Saran peneliti bagi perawat ruangan diharapkan melakukan pengkajian lebih dalam agar dapat menggali masalah baru, pada masalah keperawatan yang diangkat tidak hanya masalah utama saja perawat diharapkan lebih memperhatikan rencana yang sudah dilakukan dan mempertahankan agar intervensi berjalan secara optimal dan berkesinambungan.

4. Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data pembandingan dalam penerapan asuhan keperawatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti. 2019. "Profil Dan Kesintasan Penderita Kanker." 1:45–49.
- Global Cancer Observatory. 2020. "Global Cancer Observatory." *Malaysia Cancer Statistics* 593:1–2.
- Ginting, Suriani. 2021. "Pengaruh Edukasi Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Perawatan Stoma Pada Pasien Yang Mengalami Kolostomi Di Rsup. H. Adam Malik Medan Tahun 2021." *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwivery, Environment, Dentist)* 16(3):516–24. doi: 10.36911/pannmed.v16i3.1186.
- Hartati, Widya. 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kemoterapi Dengan Ca Colon Yang Dirawat Di Rumah Sakit*.
- Merdawati, Leni, and Hema Malini. 2019. *No Title*. edited by S. Suyantoro. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Padila. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pinandita, Iin. 2012. "Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 8, No. 1, Februari 2012." *Jurnah Kesehatan Perawatan* 8(1):32–43.
- Pinandita, Iin. 2012. "Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 8, No. 1, Februari 2012." *Jurnah Kesehatan Perawatan* 8(1):32–43.
- Retno Nurul Latifah. 2020. "Karakter Klinis Penderita Kanker Kolonrektal." *Kaos GL Dergisi* 8(75):147–54.
- Rukajat, Ajat. 2018. *METODOLOGI PENELITIAN (Kuantitatif Dan Kualitatif)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sayuti, Muhammad, and Nouva Nouva. 2019. "Kanker Kolon ." *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh* 5(2):76. doi: 10.29103/averrous.v5i2.2082.
- SDKI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DewanPengurus Pusat.

- SIKI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- SLKI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Soesanti Harini Hartono. 2021. "World Cancer Day 2021 , Di Indonesia Kanker Usus Besar Banyak Diderita Usia Muda." 1–9.
- Sony Prabowo. 2019. *Kenali Kanker Usus Besar Sejak Dini*. Jakarta: Rapha Publishing.
- Syamsudin, Fadli, and Rahmat Kadir. 2021. "Terapi Murottal Al-Qur'an Dan Terapi Dzikir Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Laparatomi." *Jurnal Zaitun* 1–87.
- Wahyuningsih. 2018. "Pathway ca Colon."
- Wijaya Andra Saferi. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Zaakiyah, Nisriinaa Zulfaa. 2021. *Kanker Kolon Di Ruang Baitussalam 1*.

LAMPIRAN



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**



Jl. DPMK PONDOK KECI KAMPALA YOGYAKARTA (021) 7811390 FAX (021) 7158118 PADANG 15144
Jurusan Keperawatan (0751) 7811848, Prodi Keperawatan Anak (0751) 20445, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 7811817-20485
Jurusan Gd (0751) 7811761, Jurusan Radiologi (0751) 443130 Prodi Radiologi BaktiHaji (0751) 32474
Jurusan Keperawatan Gigi (0751) 23085-21075, Jurusan Promosi Kesehatan
Website : www.poltekkes.kemkes.go.id

Nomor : PP.03.01/ 02-L-1-9 / 2022
Lamp : -
Perihal : Izin Survey Data

01 November 2022

Kepada Yth. :
Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin :

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Rahimah Uffa	203110186	Asuhan keperawatan pada pasien Kanker Kolon di ruangan bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si
Nid. 496101151986031002



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN DAN PENELITIAN
(Terakreditasi A)

SK Dirjen Nakes Kemenkes RI No: HK.02.02/V1227/2022

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127
Telp. (0751) 893324 Email : dktet.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: LB.01.02/1.3/ /2022

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
2. Ka. IRNA Bedah

Dari : Koordinator Pendidikan & Pelatihan

Hal : Izin Survei Awal

Tanggal : 03 November 2022

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Rahimah Ulfa
NIM : 203110186
Bagian : D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

AC
Survei awal
Asuh komplek akhir

Sudyanto, AMAK, SE, MPH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KANKER KOLON DI IRNA BEDAH RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2023

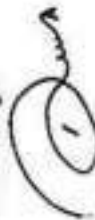
NO	KEGIATAN	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1.	Konsultasi dan ACC judul Proposal								
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal								
3.	Pendaftaran Sidang Proposal								
4.	Sidang proposal								
5.	Perbaikan Proposal								
6.	Penelitian dan Penyusunan								
7.	Pendaftaran Ujian KTI								
8.	Sidang KTI								
9.	Perbaikan KTI								
10.	Pengumpulan perbaikan KTI								
11.	Publikasi								

Padang, Mei 2023

Pembimbing I

Pembimbing II

Mahasiswa



Mrs. Sila Dewi Anggrani, S.Pd,M.Kep.,Sp.KMB
NIP. 1970032 199303 2 002



Ns. Yossi Survaritihih, M.Kep.,Sp.KMB
NIP. 19750718199803 2 003



Rabimah Ulfa
203110186



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



JL. SINGKANG PONDOK KEP. BANGGALU TEGAY (0751) 7001000 KAL. (0751) 7001000 PADANG 21144
Jurusan Keperawatan (0751) 7001048, Prodi Keperawatan Salak (0751) 20443, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 7001017-08608
Jurusan Gizi (0751) 7001700, Jurusan Kebidanan (0751) 443120 Prodi Kebidanan Baktibangi (0751) 32474,
Jurusan Keperawatan Gigi (0752) 23000-21078, Jurusan Prostasi Kesehatan
Website : www.poltekkes.padang.go.id

Nomor : PP.03.01/0041/2023
Perihal : Izin Penelitian

05 Januari 2023

Kepada Yth. :
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Schubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpinan :

NO	N A M A / NIM	JUDUL KTI
1	Rahimah Ulfa / 203110186	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di IRNA Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih,

Direktur, *β*

Rendyavati, S. Kn, M. Knp, Sp. Jiwa
NIP. 197201241995032001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127

Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371

Website : www.rsdjamil.co.id, Email : rsdjamil@yahoo.com



Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/256/II/2023

07 Februari 2023

Perihal : Izin Melakukan Penelitian
a.n. Rahimah Uffa

Yang terhormat,
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Di
Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor. PP.03.01/00147/2023 tanggal 05 Februari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Rahimah Uffa
NIM/BP : 203110186
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

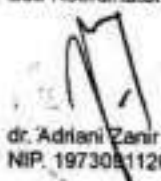
"Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di IRNA Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang "

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Diklit RSUP. Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/upload link: bit.ly/rtbangrsupmdjamil).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adriani Zenir
NIP. 197308112008012008

Tembusan :

1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan



TERAKREDITASI KARS
INTERNASIONAL
★★★★★

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : Sumarni
Umur/Tgl. Lahir : 66 tahun / 8 Maret 1956.
Penanggung Jawab : Luf
Hubungan : Anak.

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Rahimah Ulfa, Nim 203110186, Mahasiswa Prodi D 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 14 / Februari / 2023








Responden

()

POLTEKKES KEMENKES PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Rahimah Ulfa
NIM : 203110186
Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
Ruangan : IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	Hari/ Tanggal	Tanda Tangan Petugas
1.	14 Februari 2023 (Sabtu)	
2.	15 Februari 2023. (Minggu)	
3.	Kamis 16 Februari 2023.	 
4.	Jumat 17 Februari 2023	 
5.	Sabtu 18 Februari 2023	
6.		
7.		

Mengetahui :

Kepala Ruangan


Ifriani, Amd.Kep
()



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127

Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371

Website : www.rsdjamil.co.id, Email : rsudjamil@yahoo.com



SURAT KETERANGAN

DP.03.01/XVI.1.3.2/2023/V/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adriani Zanir
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Rahimah Uffa
NIM/BP : 203110186
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 14 Februari 2023 s/d 19 Februari 2023, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di IRNA Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperkunya.

Padang, 16 Mei 2023

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan











dr. Adriani Zanir
NIP. 197309112008012008









TERAKREDITASI NARS
INTERNASIONAL
★★★★★

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Rahimah Ulfa
 NIM : 203110186
 Pembimbing I : Ns. Hj. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp. KMB
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Kolon di RSUP Dr.M.Djamil Padang.

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	31 October 2022	Bimbingan Judul	
2	16 Desember 2022	Bimbingan BAB I	
3	21/10/2022	Bimbingan BAB II	
4	23/12/2022	Revisi BAB I dan II	
5	26/12/2022	Bimbingan BAB I, II dan III	
6	27/12/2022	Revisi Bab I, II dan III	
7	28/12/2022	Acc Sidang Proposal KTI	
8	11/05/2023	Konsultasi Bab 4 dan 5	

9	15/05/2023	Konsultasi perbaikan bab 4 dan 5	
10	15/05/2023	Konsultasi abstrak dan bahm	
11	16/05/2023	Konsultasi perbaikan abstrak	
12	17/05/2023	Konsultasi bab 1 - bab 5	
13	19/05/2023	Konsultasi perbaikan bab 1-5	
14	21/05/2023	Acc sidang Hasil KTI	

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang


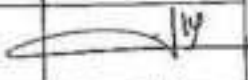





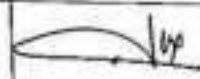


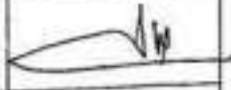
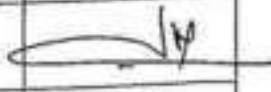

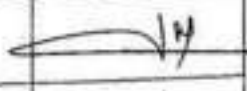

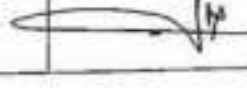
Ns. Yesti Fadriyanti, S.Kep, M.Kep

NIP : 19750121 199903 2 002

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Rahimah Ulfa
 NIM : 203110186
 Pembimbing 2 : Ns. Yossi Suryaningsih, M.Kep, Sp.MB
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker Kolon Di RSUP Mdjamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	Senin. 31 DES 2022	Acc Judul.	
2	Jumat. 16 Desember 2022	Bimbingan Bab I	
3	Kamis 21 Desember 2022	Bimbingan Bab 1-3.	
4	Juma 23/12/22	Revisi bab 1-3.	
5	Kasa. 27/12/22	Bimbingan Bab 1-3.	
6	20/12/22	Acc Lembar Proposal.	
7	09/05/2023	Konsultasi ASKEP.	
8	12/05/2023	Bimbingan BAB IV.V.	

9	16/05/2023	bimbingan revisi Bab IV, V	
10	18/05/2023	Perbaikan Bab IV dan V.	
11	21 Mei/2023	Perbaikan abstrak dan bab.	
12	23 Mei/2023	Perbaikan abstrak.	
13	25 Mei/2023	bimbingan bab 1-5	
14	26 Mei/2023	Acc upan hasil	

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 1975121 199903 2 005

FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. PENGUMPULAN DATA

a. Identitas Klien

Nama : Ny. S
Umur : 66 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Kawin : Kawin
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Jln Tunggang, Padang
Diagnosa Medis : Ca Colon
No. MR : 01.16.93.14
Tanggal Masuk RS : 13 Februari 2023
Tanggal Pengkajian : 14 Februari 2023
Alasan Masuk : Nyeri pada abdomen kanan dan BAB keluar terus dan tidak bisa ditahan sejak 2 minggu yang lalu. Perut membengkak sejak 6 bulan yang lalu.

b. Identifikasi Penanggung Jawab

Nama : Ny. L
Umur : 43 Tahun
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jln Tunggang, Padang
Hubungan : Anak

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama Masuk :

Pasien mengatakan masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien masuk pada hari Selasa tanggal 13 Februari 2023 pukul 14.44 WIB dengan keluhan Nyeri pada abdomen kanan dan BAB tidak bisa ditahan. Pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan dengan skala 6.

b) Keluhan Saat Ini (Saat Pengkajian)

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 14 Februari 2023 pukul 16.00 WIB pasien mengatakan konsistensi BAB cair terkadang bercampur darah, abdomen kanan terasa nyeri dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 3-5 menit. Pasien mengatakan daerah abdomen kanan nya nyeri. Pasien mengatakan perut membesar sejak 6 bulan yang lalu. Pasien mengatakan akan menjalani operasi kolostomi.

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi pada tanggal 16 Februari 2023 pukul 10.00 WIB, pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, pasien mengatakan skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 6-10 menit. Luka operasi tampak masih baru dan memerah, Pasien tampak meringis apabila menggerakkan badannya, pasien juga tampak melindungi area operasi kolostomi agar tidak terhimpit saat tidur. Pasien mengatakan untuk saat ini aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya.

2) Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Pasien mengatakan ini pertama kalinya dirawat di rumah sakit dengan penyakit kanker kolon. Namun sebelumnya pasien sudah pernah melakukan kolonoskopi di RS Resksodiwiryo Padang. Pasien mengatakan tidak suka makan makanan yang berserat seperti sayur. Pasien juga mengatakan saat sehat sering makan makanan berpenyedap seperti bakso dan lainnya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan memiliki 3 orang anak, 2 anak laki-laki dan 1 anak perempuan. Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit kanker payudara, kanker kolon dan tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi atau penyakit lainnya.

d. Kebutuhan Dasar

1) Pola Nutrisi dan Cairan

a) Makan Sehat : Pasien mengatakan saat sehat ia
maka

3x sehari dengan porsi sedang, lengkap dengan nasi, lauk namun pasien kurang suka makan sayur. Serta menambahkan penyedap pada makanan.

Sakit

:Pasien mendapatkan diit ML TKTP kali dalam sehari dan hanya menghabiskan paling banyak setengah porsi makanannya. Setelah dilakukan operasi kolostomi pasien mendapatkan diet MC (makanan cair) seperti susu dan jus.

b) Minum

Sehat :Pasien mengatakan minum air putih sebanyak 6-8 gelas sehari (1600cc-2000cc).

Sakit : Pasien mengatakan minum air putih sebanyak 6-6 gelas 1000cc-1600cc).

2) Pola Tidur dan Istirahat

Sehat :Pasien mengatakan tidur 8 jam saat malam dan 2 jam saat tidur siang. Kualitas tidur baik.

Sakit : Pasien mengatakan tidur 5-7 jam saat malam namun sering terbangun ketika nyeri dan tidur siang selama dua jam namun juga sering terbangun ketika nyeri.

3) Pola Eliminasi

a) BAB

Sehat : Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning dan berbau khas.

Sakit : Pasien mengatakan BAB 4-5 kali sehari dengan konsistensi cair dan berwarna kuning,kadang bercampur darah. sebelum operasi pasien juga terpasang pempres setelah operasi pola eliminasi di kantong kolostomi dan dibantu oleh keluarga.

b) BAK

Sehat : Pasien BAK 5-7 kali sehari berwarna kekuningan dan berbau khas.

Sakit :Pasien terpasangan kateter. Dengan urin 200-500 cc sehari

4) Pola Aktifitas dan Latihan

Sehat : Pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Sakit : Pasien mengatakan setelah dilakukan operasi pasien takut untuk banyak beraktivitas dan semua aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya.

5) Pola Bekerja

Sehat : Pasien mengatakan pada saat sehat pasien mengatakan mampu melakukan pekerjaan rumah secara mandiri.

Sakit :Pasien mengatakan pada saat sakit semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Baik

2) Kesadaran : Compos mentis

3) Tinggi Badan : 167 cm

4) Berat Badan : 47 kg

5) TTV

Nadi : 96x/i

Pernapasan : 20x/i

Tekanan Darah : 112/80 mmHg

Suhu : 36,7⁰C

6) Kepala

Rambut : Kepala simetris, rambut hitam, rambut tidak mudah rontok, kulit kepala bersih, tidak ada lesi dan tidak ada edema pada kepala.

Wajah : Wajah simetris, tidak ada edema.

Mata : Mata simetris kanan-kiri, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik.

Hidung : Hidung simetris, hidung bersih dan tidak ada pernapasan cuping hidung.

Mulut : Mukosa bibir kering

Telinga : Telinga simetris dan bersih, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, pendengaran baik.

7) Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid.

8) Toraks

I : Dada tidak simetris

Pa : Fremitus kanan-kiri

Pe : Sonor

A : Vesikuler

9) Jantung

I : Ictus cordis tidak terlihat

Pa : Ictus cordis teraba pada IRC 6

A : Tidak ada bunyi jantung tambahan

10) Abdomen

I : Saat pre operasi terlihat ada distensi abdomen, setelah operasi abdomen tampak terpasang kantong kolostomi

Pa : Ada nyeri tekan

Pe : Tympani

A : Bising usus normal

11) Kulit : Turgor kulit baik

12) Genetalia : Terpasang Kateter dan pempers

13) Ekstremitas

Atas : Ekstremitas atas simetris kiri-kanan, tidak ada edema, CRT < 2 detik, tidak ada benjolan pada aksila, setelah dilakukan operasi terpasang IVFD NaCl 0,9% pada tangan kanan 20 tpm.

Bawah : Ekstremitas bawah simetris kiri-kanan, klien tidak ada edema, CRT < 2 detik, dan tidak ada terdapat varises.

f. Data Psikologis

1) Status Emosional : Status emosional pasien baik, pasien bisa diajak komunikasi dan mau menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti.

2) Kecemasan : Pasien mengatakan tidak merasa cemas saat akan menjalani operasi kolostomi ia hanya berharap agar penyakitnya segera sembuh.

3) Pola Koping : Pasien mengatakan ia mendapat dukungan dari seluruh keluarganya untuk operasi kolostomi yang dijalani.

4) Gaya Komunikasi : Pasien berkomunikasi menggunakan bahasa minang,

pasien berbicara jelas dan dapat dimengerti dengan baik.

5) Konsep Diri

: Pasien yakin bahwa ia bisa segera sembuh dari penyakit kanker kolon yang dideritanya.

g. Data Sosial Ekonomi

Pasien merupakan ibu rumah tangga dan suaminya bekerja sebagai buruh , dan untuk biaya pengobatan rumah sakit pasien menggunakan BPJS.

h. Data Spiritual

Pasien beragama islam dan selalu menjalankan ibadah sholat lima waktu dan pasien senantiasa selalu berzikir dan berdo'a kepada Allah untuk kesembuhannya.

i. Pemeriksaan Laboratorium/pemeriksaan penunjang

Hasil Labor Pre Operasi

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
14 Februari 2023	Hemoglobin	12.0	g/dL	12.0 – 14.0
	Leukosit	7.23	$10^3/\text{mm}^3$	6.0 – 10.0
	Trombosit	289	$10^3/\text{mm}^3$	160 - 400
	Hematokrit	40	%	37.0 – 43.0
	Eritrosit	4.87	$10^6/\mu\text{L}$	4.00 – 4.60
	Total Protein	6.0	g/dL	6.6 – 8.7
	Albumin	2.2	g/dL	3.8 – 6.0
	Globulin	2.8	g/dL	1.3 – 2.7
	SGOT	30	U/L	< 32
	SGPT	33	U/L	< 31
	Ureum Darah	20	mg/dL	10 – 60
	Kreatinin Darah	0.8	mg/dL	0.6 – 1.2

Hasil Labor Post Operasi

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
16 Februari 2023	Hemoglobin	11.7	g/dL	12.0 – 14.0
	Leukosit	10.36	$10^3/\text{mm}^3$	6.0 – 10.0
	Trombosit	668	$10^3/\text{mm}^3$	160 - 400
	Hematokrit	34	%	37.0 – 43.0

j. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Ketorolac	3 x 30 ml	Injeksi
2.	Ceftiaxone	2 x 10 ml	Injeksi
3.	Ranitidine	3 x 26 ml	Injeksi
4.	Vit K	3 x 10 ml	Injeksi
6.	NACL 0,9%	500 ml	Injeksi
7.	Ringer Lactate	500 ml	Injeksi
8.	Eritromicin	4 x 5g	peroral
9	Kalnex	3x 50 g	Injeksi
10	Tutosol	500 ml	Injeksi

Padang, 14 Februari 2023

Mahasiswa,

(Rahimah Ulfa)

NIM : 203110186

2. ANALISA DATA

- Analisa Data Pre Operasi (14 Februari 2023)

No	DATA	MASALAH	PENYEBAB
11	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen dengan skala nyeri 6- Pasien mengatakan nyeri hilang timbul- Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 3-6 menit- Pasien mengatakan perut mulai membengkak sejak 6 bulan yang lalu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak meringis dan gelisah- Pasien mendapat terapi ketorolac 3 x 30 ml	Nyeri Kronis	Agen Pencedera Fisiologis (Infiltrasi Tumor)
2.	DS:	Diare	Imflamasi

20	<p>– pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan BAB tidak bisa ditahan. - pasien mengatakan BAB 3-5x sehari dengan konsistensi cair kekuningan kadang bercampur darah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien tampak meringis dan gelisah - BAB tampak cair kekuningan 		Gatrountestinal
----	--	--	-----------------

- Analisa Data Post Operasi (16 Februari 2023)

No	DATA	MASALAH	PENYEBAB
	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi kolostomi - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan dengan skala 5 - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 6-10 menit - Pasien mengatakan sulit tidur akibat nyeri pada luka operasi terutama pada malam hari - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh 	Nyeri akut	Agen pencedera Fisik (Prosedur Operasi)

	<p>perawat dan anaknya</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melindungi area luka operasi kolostomi - Pasien tampak tidak banyak bergerak - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah 		
	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ada luka stoma pada abdomen kanan - Pasien mengatakan abdomen kanan terpasang kantong kolostomi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka operasi stoma pada abdomen kanan - Luka operasi tampak terpasang kantong kolostomi - Leukosit 10.36 (5.0-10.0) - Pasien tampak pucat dan lemah 	<p>Resiko Infeksi</p>	<p>Efek Prosedur Invasif</p>
	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan abdomen kanan terpasang kantong kolostomi - Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi 	<p>Resiko Gangguan Integritas Kulit</p>	<p>Faktor Mekanis</p>

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka operasi kolostomi pada abdomen kanan - Luka operasi tampak masih memerah dan basah 		
--	---	--	--

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1) Diagnosa Keperawatan Pre Operasi (14 Februari 2023)

NO	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncu	Tanggal Teratas	Tanda Tangan
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen kanan, pasien sudah pernah melakukan kolonoskopi sebelumnya.	14 Februari 2023	15 Februari 2023 (teratasi sebagian)	
2.	Diare berhubungan dengan imflamasi gastrointestinal pasien mengatakan BAB keluar tidak tertahankan.	14 Feb 2023	15 Februari 2023 (teratasi)	

--	--	--	--	--

2) Diagnosa Keperawatan Post Operasi (9 Februari 2023)

NO	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infiltrasi tumor) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis dan bersikap protektif.	16 Feb 2023	18 Februari 2023 (Teratasi Sebagian)	
2	Resiko Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik ditandai dengan adanya bekas luka operasi kolostomi yang tampak basah dan memerah.	16 Feb 2023	18 Februari 2023 (teratasi)	
	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive ditandai dengan jumlah leukosit 10.36 mm^3	16 Feb 2023	18 Februari 2023 (teratasi)	

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

1. Perencanaan Keperawatan Pre Operatif

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor (SDKI :174)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none">1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat2. Keluhan nyeri menurun3. Sikap protektif menurun4. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (hal :201) Observasi <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri2. Identifikasi skala nyeri3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri4. Monitor

			<p>keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (akupresur, terapi murotal, terapi pijat, imajinasi terbimbing) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri) <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
--	--	--	---

			<p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
2.	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Nyeri abdomen menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekasi membaik 	<p>Manajemen diare</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi Riwayat pemberian makan 3. Monitor tanda dan gejala hypovolemia 4. Monitor jumlah pengeluaran feses <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasangkan jalur intravena 3. Ambil sampel darah untuk

			<p>pemeriksaan darah dan elektrolit</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pedas <p>Kolaborasi</p> <p>Anjurkan pemberian obat penguas feses</p>
--	--	--	---

2. Perencanaan Keperawatan Post Operatif

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) (SDKI :174)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	<p>Manajemen Nyeri (hal :201)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik,

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Meringis menurun 	<p>durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (akupresur, terapi music, terapi pijat, imajinasi terbimbing) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat
--	--	---	---

			<p>rasa nyeri</p> <p>3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri)</p> <p>Asesmen</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Intervensi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi</p>
--	--	--	--

			<p>teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>2. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>3. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p><i>terapeutik</i></p> <p>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, <i>jika perlu</i></p> <p>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>3. Gunakan nada</p>
--	--	--	--

			<p>suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i></p> <p>lokasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>2. Jelaskan secara rinci intervensi yang dipilih</p> <p>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik</p>
--	--	--	--

			<p>yang dipilih</p> <p>5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)</p>
2.	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive (hal: 304)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan tangan dan badan 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Cairan berbau busuk berkurang 6. Kultur area luka membaik 7. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan Infeksi (hal : 278)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Lokasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara

			<p>mencuci tangan yang benar</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan perawatan luka stoma 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
3.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik (hal : 282)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil (hal 33) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan meningkat 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan 	<p>Perawatan Integritas Kulit (hal :316) :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive

		menurun Suhu membaik	<i>Edukasi</i> 1. Anjurkan menggunakan pelembab 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan menghindari suhu ekstrem
--	--	-------------------------	--

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ tanggal	Diagnose keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Selasa/14 februari 2023 (pre-op)	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Nyeri, mual, gatal) 2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri 3) Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya 4) Mengidentifikasi teknik relaksasi yang dilakukan (Teknik distraksi dan napas dalam) 5) Memberikan terapi distraksi mendengarkan ayat suci al quran 6) Berikan posisi yang nyaman 7) Memberikan terapi obat ketorolac 3 x 30 ml 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan nyeri pada abdomen kanan dengan skala 3 2) Ny. S mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 3-5 menit 3) Ny. S mengatakan terasa sedikit rileks saat akan dilakukan distraksi muroratal dan napas dalam. <p>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S tampak meringis saat nyeri 2) TD : 128/80 3) Suhu 36,7⁰C 4) HR : 96 X/i 5) Pernapasan : 20 x/i <p>A :</p> <p>Nyeri Kronis belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri sedang (skala 3) - Meringis sedang (skala 3) - Gelisah sedang (skala 3) 	

			<p>P : Intervensi dilanjutkan (teknik napas dalam)</p>	
	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi penyebab diare 2) Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi. 3) Memonitor jumlah pengeluaran feses 4) Memberikan edukasi menghindari makanan pedas 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan BAB tidak dapat ditahan 2) Ny S mengatakan BAB 5x sehari 3) Ny. S mengatakan feses cair dan berair <p>A :</p> <p>Diare belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri sedang (skala 3) - Meringis sedang (skala 3) - Gelisah sedang (skala 3) <p>P : Intervensi dilanjutkan (Teknik napas dalam)</p>	
Rabu/15 februari 2023 (pre-op)	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Nyeri, mual, gatal) 2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan nyeri pada abdomen kanan dengan skala 2 2) Ny. S 	

		<p>kualitas, intensitas, dan skala nyeri</p> <p>3) Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya</p> <p>4) Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan sebelumnya</p> <p>5) Memberikan terapi : distraksi mendengarkan ayat suci al quran</p> <p>6) Berikan posisi yang nyaman</p> <p>7) Memberikan terapi obat ketorolac 3 x 30 ml</p>	<p>mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 2-3 menit</p> <p>3) Ny. S mengatakan terasa rileks saat dilakukan teknik distraksi murotal dan napas dalam.</p> <p>1) Ny. S tampak masih meringis saat nyeri</p> <p>2) TD : 117/78</p> <p>3) Suhu 36,6⁰C</p> <p>4) HR : 93 X/i</p> <p>5) Pernapasan : 21 x/i</p> <p>A :</p> <p>Nyeri Kronis teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri cukup menurun (skala 2) - Meringis cukup menurun (skala 2) - Gelisah sedang (skala 3) <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	<p>1) Mengidentifikasi penyebab diare</p> <p>2) Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi.</p> <p>3) Memonitor jumlah pengeluaran feses</p> <p>4) Memberikan edukasi menghindari makanan</p>	<p>S :</p> <p>1) Ny. S mengatakan BAB tidak dapat ditahan</p> <p>2) Ny S mengatakan BAB 3x sehari</p> <p>3) Ny. S mengatakan feses konsistensi lunak dan kekuningan</p> <p>P :</p> <p>1) Ny. S tampak</p>	

		pedas 5) Memberikan terapi obat kalnex dan Vit K	masih meringis saat nyeri 2) Konsistensi BAB Ny S tampak lembek dan berwarna kuning A : Diare teratasi sebagian - Keluhan nyeri cukup menurun (skala 2) - Meringis cukup menurun (skala 2) - Gelisah cukup menurun (skala 2) P : Intervensi dihentikan	
Kamis /16 februari 2023	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Mengidentifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan teknik napas dalam 6) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam 7) Menuntun pasien melakukan terapi distraksi mendengarkan ayat suci al quran 8) Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam 9) Kolaborasi pemberian ketorolac 3 x 30 ml,	S : 1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 2) Ny. S mengatakan skala nyeri 6 3) Ny. S mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 4) Ny. S mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 6-10 menit 5) Ny. S mengatakan sulit tidur malam karena nyeri 6) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya O : 1) Ny. S tampak meringis 2) Ny. S tampak pucat 3) Ny. S tampak	

			<p>melindungi luka operasinya</p> <p>4) TD : 118/90 mmHg</p> <p>5) Suhu : 36,6⁰C</p> <p>6) HR : 100 x/i</p> <p>7) Pernapasan : 21 x/i</p> <p>A :</p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas cukup menurun (skala 2) - Keluhan nyeri cukup meningkat (skala 2) - Meringis meningkat (skala 2) - Kesulitan tidur meningkat (skala 2) <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (manajemen nyeri : teknik relaksasi napas dalam)</p>	
	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan dengan efek prosedur invasive</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga 5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi <p>Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr, Ranitidine 3x26 ml.</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan luka post operasi masih terasa basah dan nyeri 2) Ny. S mengatakan nyeri pada luka post operasi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S tampak meringis 2) Luka bekas operasi masih tampak basah dan memerah 3) Luka tampak terpasang kantong kolostomi 4) Leukosit 10.360 	

			<p>5) Hb : 11.7 g/dL</p> <p>A :</p> <p>Resiko infeksi belum teratasi :</p> <p>-nyeri cukup meningkat (skala 2)</p> <p>- kemerahan sedang (skala 3)</p> <p>Intervensi dilanjutkan (pencegahan infeksi: perawatan stoma)</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda-tanda infeksi 3) Pasang kantong kolostomi dengan benar 4) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Kolaborasi pemberian antibiotic ceftriaxone 2 x 1 g 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan ada luka operasi pada abdomen kanan 2) Ny. S mengatakan nyeri pada luka post operasi masih terasa <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak luka post operasi pada abdomen kanan 2) Luka stoma tampak masih memerah 3) Terpasang IVFD Ringer Lactate 20 tpm 4) Suhu : 36,6⁰C 5) Hb : 11.7 g/Dl 6) TD : 120/93 mmHg 7) HR : 98 x/i <p>ngguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>yeri cukup meningkat (skala 2)</p> <p>merahan cukup meningkat (skala 2)</p>	

			<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (perawatan stoma)</p>	
<p>Jumat, 17 Februari 2023 (Post Op)</p>	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Mengidentifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan teknik napas dalam 6) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam 7) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam 8) Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam 9) Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam <p>Kolaborasi pemberian ketorolac 3 x 30 ml dan ranitidine.</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 2) Ny. S mengatakan skala nyeri 4 3) Ny. S mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 4) Ny. S mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 3-5 menit 5) Ny. S mengatakan sulit tidur malam karena nyeri 6) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S tampak meringis 2) Ny. S tampak pucat 3) Ny. S tampak melindungi luka operasinya 4) TD : 124/80 mmHg 5) Suhu : 36,4⁰C 6) HR : 102x/i 7) Pernapasan : 21 x/i <p>A :</p> <p>Nyeri akut belum</p>	

			<p>teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas sedang (skala 3) - Keluhan nyeri sedang (skala 3) - Meringis cukup menurun (skala 4) - Kesulitan tidur cukup menurun (sakala 4) <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (manajemen nyeri : teknik relaksasi napas dalam)</p>	
	<p>Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga 5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 6) Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr atas orderan dari dokter 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan luka post operasi masih terasa basah 2) Ny. S mengatakan nyeri pada luka post operasi\ <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S tampak meringis 2) Luka bekas operasi masih tampak basah 3) Luka masih tampak terpasang kantong kolostomi <p>A :</p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan sedang (skala 3) - Nyeri cukup menurun (skala 4) <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (Perawatan stoma)</p>	
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda-tanda infeksi 3) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5) Kolaborasi pemberian antibiotic ceftriaxone 2 x 1 g 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan ada luka operasi pada abdomen kanan 2) Ny. S mengatakan masih sedikit nyeri pada luka post operasi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak luka post operasi pada abdomen kanan terpasang kantong kolostomi 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi 3) Luka tampak bersih 4) Penyembuhan luka berlangsung dengan baik 5) Terpasang IVFD Ringer Lactate 20 tpm 6) Urin terisi 100 cc 7) Suhu : 36,4⁰C 8) Hb : 11.7 g/Dl 9) TD : 124/80 mmHg 10) HR : 102 x/i <p>A :</p> <p>Gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyatuan kulit 	

			<p>meningkat (skala 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyatuan tepi luka meningkat - Nyeri menurun (skala 5) <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (perawatan stoma)</p>	
Sabtu 18 Februari 2023 (Post Op)	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Mengidentifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan teknik napas dalam 6) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi mural. 7) Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam dan mendengarkan mural. 8) Kolaborasi pemberian ketorolac 3 x 30 ml dan ranitidine. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah mulai hilang 2) Ny. S mengatakan skala nyeri 2 3) Ny. S mengatakan sudah mulai bisa duduk dan kamar mandi dibantu keluarga 4) Ny. S mengatakan sudah tidak kesulitan tidur malam karena nyeri 5) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S tampak meringis sesekali 2) TD : 124/80 mmHg 3) Suhu : 36,4⁰C 4) HR : 102x/i 5) Pernapasan : 21 x/i 	

			<p>A :</p> <p>Nyeri akut teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (skala 5) - Keluhan nyeri cukup menurun (skala 4) - Meringis menurun (skala 4) - Kesulitan tidur menurun (skala 4) <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
	<p>Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga 5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 6) Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr atas orderan dari dokter 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan luka post operasi masih sudah tidak memerah 2) Ny. S mengatakan nyeri pada luka post operasi sudah berkurang skala 2 <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Luka masih tampak terpasang kantong kolostomi <p>A :</p> <p>Resiko infeksi teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan menurun (skala 5) - Nyeri scukup menurun (skala 4) <p>P :</p>	

			Intervensi dihentikan	
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis	<ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda-tanda infeksi 3) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5) Kolaborasi pemberian Nacl 0,9% dan terapi obat ceftriaxone 2 x 1 g 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. S mengatakan tidak ada gatal pada luka operasi pada abdomen kanan 2) Ny. S mengatakan nyeri sudah berkurang pada luka post operasi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak luka post operasi laparoskopi sepanjang 1cm pada abdomen kanan terpasang kantong stoma 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi 3) Luka tampak bersih 4) Penyembuhan luka berlangsung dengan baik 5) Terpasang IVFD Ringer Lactate 20 tpm 6) Urin terisi 100 cc 7) Suhu : 36,4⁰C 8) Hb : 11.7 g/Dl 9) TD : 124/80 mmHg 10) HR : 102 x/i <p>A :</p> <p>Gangguan integritas kulit teratasi</p> <p>- Penyatuan kulit</p>	

			<p>meningkat (skala 3)</p> <ul style="list-style-type: none">- Penyatuan tepi luka meningkat- Nyeri menurun (skala 5) <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--