



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP LAPARATOMI
DAN KOLOSTOMI DENGAN INDIKASI KANKER KOLON DI
RUANG IRNA BEDAH RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
TAHUN 2024**

KARYA TULIS ILMIAH

AFRIDA YANTI

NIM : 213110082

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2024



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP LAPARATOMI
DAN KOLOSTOMI DENGAN INDIKASI KANKER KOLON DI
RUANG IRNA BEDAH RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
TAHUN 2024**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan kepada Prodi D-III Keperawatan Padang
Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan*

AFRIDA YANTI

NIM : 213110082

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2024**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Afrida Yanti
Nim : 213110082
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Laparotomi Kolostomi Dengan Indikasi Kanker Kolon di Ruang Inta Bedah RSUD Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

Telah berhasil pertahanan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D – III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Netti, S.Kep.M. Pd, M.Kep
Penguji : Ns. Sila Dewi Anggram, M.Kep. Sp.EMB
Penguji : Ns. Hj. Defa Roz, S.Kep.M.Biomed
Penguji : Ns. Yossi Suryarinih, Sp. Kep.MB



Ditetapkan : Kemenkes Poltekkes Padang

Tanggal : Juni 2024

Mengetahui

Ketua Program Studi
Keperawatan Padang



Ns. Yenni Fadriyanti, S. Kep, M. Kep
NIP.19750121-199903 2 005

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 peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024”**.

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. Defia Roza, S.Kep, M. Biomed selaku dosen pembimbing I dan Ibu Ns. Yosi 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 S.Kp, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Padang.
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG(K) selaku Direktur RSUP. Dr. M. Djamil Padang yang telah mengizinkan peneliti untuk memperoleh data yang diperlukan.
3. Bapak Tasman, S. Kp, M. Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang
4. Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep selaku ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang
5. Bapak N. Rachmadanur, S.Kp, MKM selaku dosen Pembimbing Akademik

6. Bapak dan Ibu dosen Prodi D-III Keperawatan Padang yang telah memberikan ilmu selama mengikuti pendidikan di Prodi D-III Keperawatan Padang.

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu peneliti 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 2024

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparotomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker KOLON di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Dewan penguji untuk Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.

Padang, Juni 2024

Menyetujui

Pembimbing I

Ns. Defia Rosa, S. Kep., M. Hlmed
NIP. 19730503 199503 2 002

Pembimbing II

Ns. Yosi Surcarinillah, M.Kep., Sp. KSM
NIP. 19750718 199803 2 003

Menyetujui

Kemahasiswaan D-III Keperawatan Padang

Politeknik Kesehatan RI Padang



Ns. Yessi Firdiyanti, S. Kep., M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 005

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Afrida Yanti
NIM : 213110082
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang/19 April 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
Orang Tua
Ayah : Karimin
Ibu : Maryati
Alamat : Jl Berok 1 No 31

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	Taman Kanak-Kanak	TK Perwari	2008-2009
2.	Sekolah Dasar	SDN 16 Kampung Pondok	2009-2015
3.	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 3 Padang	2015-2018
4.	Sekolah Menengah Atas	SMAS Adabiah 1 Padang	2018-2021
5.	D-III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2021-2024

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Afrida Yanti
NIM : 213110082
Tempat/Tanggal Lahir : Padang, 19 April 2003
Tahun Masuk : 2021
Nama PA : N. Rachmadanti, S.Kp, MKM
Nama Pembimbing Utama : Ns. Defia Roza, S.Kep, M. Biomed
Nama Pembimbing Pendamping : Ns. Yosi Suryaningsih, M.Kep, Sp. KMB

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil skripsi saya, yang berjudul : "Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparotomi dan Kolestomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Ima Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2024".

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Juli 2024

Yang Menyatakan



Afrida Yanti

213110082

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Juni 2024
Afrida Yanti

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi
dengan Indikasi kanker Kolon**

Isi : xiii + 66 Halaman + 2 Tabel + 11 Lampiran

ABSTRAK

Kanker kolon merupakan kanker usus yang banyak terjadi dan juga penyebab umum ketiga kematian akibat kanker pada wanita dan juga pria. RSUP Dr. M. Djamil Padang sendiri tercatat pasien kanker kolon dan rektal pada tahun 2021 sebanyak 53 orang dan pada tahun 2022 sebanyak jumlah kasus 50 orang, dan ditambahkan dengan data terbaru 2023 sebanyak 59 orang. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolon dengan post op laparatomi kolostomi.

Jenis penelitian ini adalah dengan studi kasus yang bersifat deskriptif, penelitian dilaksanakan di ruang IRNA Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang, waktu penelitian dimulai dari bulan Oktober 2023 sampai Juni 2024, asuhan keperawatan dilakukan dari 28 Maret 2024 - 2 April 2024 populasi ditemukan sebanyak 1 orang pasien laparatomi, kolostomi .Pemilihan sampel dengan menggunakan teknik Purposive Sampling.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada kasus kanker kolon sigmoid yaitu pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 7, pasien tampak gelisah dan meringis.berat badan pasien yang menurun serta adanya tingginya leukosit pasien dan juga rendah protein dan pasien cemas terhadap penyakitnya. diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien nyeri akut, resiko infeksi, defisit nutrisi dan ansietas. Hasil evaluasi yang didapatkan selama 6 hari yaitu masalah nyeri akut teratasi, resiko infeksi teratasi, defisit nutrisi teratasi sebagian dan ansietas teratasi pada hari ke 4.

Diharapkan melalui direktur rumah sakit agar perawat ruangan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, salah satunya meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien Kanker Kolon dengan mengajarkan pasien cara manajemen nyeri non farmakologis (teknik napas dalam).

Kata Kunci : Kanker Kolon, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 27 (2013-2023)

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
D-III NURSING STUDY PROGRAM PADANG**

*Scientific Writing, June 2024
Afrida Yanti*

“Nursing Care for Post Op laparotomy and Colostomy Patients with Indications of Colon Cancer”

Contents : xiii + 66 Pages + 2 tables+ 11 attachments

ABSTRACT

Colon cancer is a widely occurring bowel cancer and is also the third common cause of cancer deaths in women and men. Dr. M. Djamil Padang Hospital itself recorded colon and rectal cancer patients in 2021 as many as 53 people and in 2022 as many as 50 cases, and added to the latest data in 2023 as many as 59 people. This study aims to describe nursing care for colon cancer patients with post op laparotomy colostomy.

This type of research is a descriptive case study, the research was conducted in the IRNA Surgery room of Dr. M Djamil Padang Hospital, the research time started from October 2023 to June 2024, nursing care was carried out from March 28, 2024 - April 2, 2024 the population was found to be 1 patient with laparotomy, colostomy. Sample selection using purposive sampling technique.

The results of the assessment obtained in the case of sigmoid colon cancer are that the patient says pain in the surgical scar, the pain feels like stabbing, with a pain scale of 7, the patient looks restless and grimaces. The patient's weight has decreased and there are high patient leukocytes and also low protein and the patient is anxious about the disease. Nursing diagnoses that appear in the patients with acute pain, risk of infection, nutritional deficits and anxiety. The evaluation results obtained for 6 days were the problem of acute pain was resolved, the risk of infection was resolved, the nutritional deficit was partially resolved and anxiety was resolved on day 4.

It is expected through the hospital director that room nurses can improve the quality of health services, one of which improves the provision of nursing care to colon cancer patients by teaching patients how to non-pharmacological pain management (deep breathing techniques).

Keywords : Colon Cancer, Nursing Care

Bibliography : 27 (2013-2023)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
HALAMAN ORISINALITAS	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Penyakit	7
1. Pengertian Ca Colon	7
2. Anatomi Fisiologi	7
3. Etiologi	9
4. Pathway ca colon	13
5. Klasifikasi	15
6. Pemeriksaan Penunjang	16
7. Penatalaksanaan	19
8. Komplikasi	21
9. Konsep Laparatomi	21
10. Konsep Kolostomi	22

B. Konsep Asuhan Keperawatan	24
1. Pengkajian	24
2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan	27
3. Intervensi Keperawatan	27
4. Implementasi	38
5. Evaluasi	38
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	39
A. Desain Penelitian	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian	39
C. Populasi dan Sampel	39
D. Alat atau instrumen pengumpulan data	40
E. Teknik pengumpulan data	41
F. Rencana analisa data	43
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	44
A. Deskripsi Lokasi Penelitian	44
B. Deskripsi Kasus	44
1. Pengkajian	44
2. Diagnosa Keperawatan	47
3. Rencana Keperawatan	48
4. Implementasi Keperawatan	50
5. Evaluasi Keperawatan	51
C. Pembahasan Kasus	51
1. Pengkajian	51
2. Diagnosa Keperawatan	53
3. Rencana Keperawatan	56
4. Implementasi Keperawatan	58
5. Evaluasi Keperawatan	61
BAB V PENUTUP	63
A. Kesimpulan	63
B. Saran	66

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

TABEL 1. Klasifikasi Kanker Kolon	15
TABEL 2. Intervensi Keperawatan	27

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Gantchart Kegiatan
- Lampiran 2 Surat Izin Survey Pengambilan Data dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 3 Surat Izin Survey Pengambilan Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 4 Surat Izin Penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian RSUP Dr. M Djamil Padang
- Lampiran 6 Surat Telah Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M.Djamil Padang
- Lampiran 7 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 1
- Lampiran 8 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 2
- Lampiran 9 Lembar Persetujuan (Informed Consent)
- Lampiran 10 Daftar Hadir Penelitian di Ruangan
- Lampiran 11 Asuhan Keperawatan Tn E

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit keganasan yang bisa terjadi di jaringan tubuh yang dimana didapatkan sel-sel abnormal yang tumbuh secara berlebihan dan tidak terkoordinasi dan mampu menyerang pada bagian tubuh hingga merambat ke organ lain. (Agustin Tesya, 2020). Kanker merupakan penyakit yang bisa menyerang laki-laki ataupun perempuan dan dianggap penyakit yang berbahaya di dunia. Kanker payudara, kanker paru-paru, kanker serviks, kanker kolorektal dan kanker hati yang merupakan jenis kanker sebagai penyebab kematian terbesar di dunia (GLOBOCAN 2020).

Kanker kolon merupakan kanker usus yang umum terjadi dan juga penyebab umum ketiga kematian akibat kanker pada wanita dan juga pria. Ada sekitar 11-43% dari semua kanker kolon termasuk juga klinis darurat dan 2-22% mengalami perforasi. Perforasi kolon adalah suatu komplikasi yang jarang terjadi pada pasien kolon, pada umumnya memerlukan pembedahan darurat (Otani et al.,2019).

Gejala umum dari kanker kolorektal meliputi perubahan kebiasaan buang air besar. Ini dapat mencakup diare atau sembelit yang tidak biasa, perut yang terasa penuh, dan ditemukannya darah (baik merah terang atau sangat gelap) di feses. Selain itu, seseorang mungkin mengalami feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya, sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perasaan penuh atau kembung. Gejala lain yang mungkin muncul adalah kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui dan rasa lelah yang berlebihan sepanjang waktu. Jika seseorang mengalami gejala-gejala ini, sebaiknya segera berkonsultasi dengan dokter untuk evaluasi lebih lanjut (Sayuti & Nouva, 2019).

Komplikasi pada pasien dengan kanker kolon yaitu: Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap, Metastase ke organ sekitar, melalui hematogen, limfogen dan penyebaran langsung, pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi, perforasi usus dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses, Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok dan Pembentukan abses. (Pajong, 2019).

Penatalaksanaan kanker kolon Saat ini, yang paling efektif adalah pembedahan. Pengobatan kanker kolorektal lainnya masih kurang efektif, prosedur yang tidak memungkinkan reseksi radikal harus dilakukan dengan reseksi paliatif. Operasi reseksi kanker usus besar dan rektal dengan prosedur tindakan laparatomi dan kolostomi. (Kemenkes, Nomor HK.01.07/MENKES/323/2018) tentang Pedoman Nasional Penanggulangan Kanker Kolorektal)

Laparotomi merupakan operasi bedah mayor yang dilakukan pada daerah abdomen. Pembedahan ini dilakukan dengan cara penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen agar mendapatkan bagian organ abdomen yang bisa mengalami masalah. Sayatan pada operasi laparatomi menimbulkan luka yang berukuran besar dan juga dalam sehingga membutuhkan waktu penyembuhan yang lama, perawatan berkelanjutan dan beresiko menimbulkan komplikasi. (Isabela 2018)

Menurut Damayanti (2018) Kolostomi adalah suatu prosedur pembedahan pengalihan feses dari kolon dengan menarik bagian usus melalui sayatan perut lalu menjahitnya di kulit yang sering disebut stoma dan disambungkan sebuah kantong (Colostomy bag). Kolostomi dapat dilakukan di Kolon desenden, kolon transversum, kolon asenden. kolostomi juga bersifat sementara dan permanen tergantung tingkat kesembuhannya. Dampak yang dirasakan pasien dengan laparatomi dan kolostomi yaitu sulit dalam

memilih makanan, jika makan makanan yang pedas, asam, minum susu pasien akan mengalami diare. Kemudian keterbatasan dalam melakukan aktivitas, istirahat dan tidur, mengalami keluhan dalam buang air kecil, kesulitan dalam merawat luka dan mengganti kantong, takut hubungan badan. Pasien dengan stoma menghadapi beberapa stres khusus, yakni kemungkinan terisolasi, harga diri yang rendah, gangguan citra tubuh, dan memiliki rasa tidak kompeten (Rangki, 2017).

Di Amerika Serikat kanker kolon dan rektal pada tahun 2020 ditemukan sebanyak 149.500 orang dan menyebabkan kematian sekitar 52.980 orang. Kanker kolon dan rektal di dominasi oleh pria sebanyak 79,520 dan wanita sebanyak 69,980 orang. (American Cancer Society, 2021).

Menurut data GLOBOCAN 2020, terdapat 183.368 kasus baru kanker usus besar pada pria dan 213.546 kasus pada wanita di Indonesia pada tahun tersebut. Peningkatan prevalensi kanker di Indonesia dari 1,4 persen per 1.000 penduduk pada 2013 menjadi 1,8 persen per 1.000 penduduk pada 2018. Pada tingkat Sumatera Barat terdapat peningkatan kasus kanker kolon pada tahun 2015 sekitar 5,1% Pada tahun 2016 tercatat 5,8% kasus kanker kolon (Riskesdas, 2018).

Pada penelitian (Yoche Arkianti, M.M 2023) studi kasus digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kolonrektal di RS Swasta X di Jakarta. Hasil : Pasien dengan kanker kolonrektal dapat diberikan asuhan keperawatan yang didasarkan pada teori keperawatan orem dimana pengkajian keperawatan didasarkan pada berkurang perawatan diri pada pasien. Pengkajian teori keperawatan orem dapat digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolorektal sehingga perawat dapat menggunakannya dalam praktik di pelayanan kesehatan.

Pada penelitian Murwaningsih, E., & Waluyo, A. (2021) bertujuan untuk pencegahan komplikasi pasca operasi laparatomi dan memberikan gambaran tentang edukasi yang diperlukan bagi pasien dan keluarga pasca operasi laparatomi hari ke 8 perawatan dengan kanker kolon yang terpasang stoma Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien mendapatkan kualitas hidup lebih baik dengan kenyamanan balutan yang diberikan dan menurunnya skala nyeri. Simpulan, pentingnya melibatkan keluarga dalam perawatan, edukasi serta kolaborasi interprofesional menjadi kunci dalam kesuksesan perawatan guna mencegah dampak lanjut luka akut menjadi luka kronik yang dapat mengakibatkan hari rawat pasien menjadi lebih panjang.

Data yang diperoleh dari pengambilan data di rekam medis 19 September 2023 di RSUP Dr. M. Djamil Padang sendiri tercatat pasien kanker kolon dan rektal pada tahun 2021 sebanyak 53 orang dan pada tahun 2022 sebanyak jumlah kasus 50 orang, dan ditambahkan dengan data terbaru 2023 sebanyak 59 orang.

Pada saat survey langsung keruangan bedah terdapat satu pasien Tn M berumur 30 tahun dengan Post Laparatomi Kolostomi dengan indikasi kanker kolon, alasan masuk pasien dengan keluhan perut sakit yang berkepanjangan, perut bengkak sebelah kiri bawah, dan BAB encer berwarna hitam dan kadang berdarah, berat badan juga menurun, saat ini pasien sudah dilakukan operasi (hari ke 2). Tampak luka operasi laparatomi di abdomen dari umbilikus hingga diatas simpisis, dan juga di abdomen terpasang stoma. Pasien saat ini terpasang infus NaCl 20x/menit tetesan, pasien mengatakan saat ini merasa nyeri pada luka bekas operasi dan disekitar stoma, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul dan rasa seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan tidak mengerti dengan cara perawatan stoma. Masalah keperawatan yang ditetapkan perawat ruangan adalah, nyeri akut, resiko infeksi, resiko perdarahan dan ansietas.

Berdasarkan fenomena dari uraian diatas, peneliti akan melakukan studi kasus dengan memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini “Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagonas keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024

- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Kegiatan penelitian ini dapat bermanfaat bagi peneliti untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai bahan perbandingan oleh mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Padang untuk penelitian selanjutnya.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian yang diperoleh ini dapat menjadi data dasar dalam penerapan asuhan keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2024..

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit

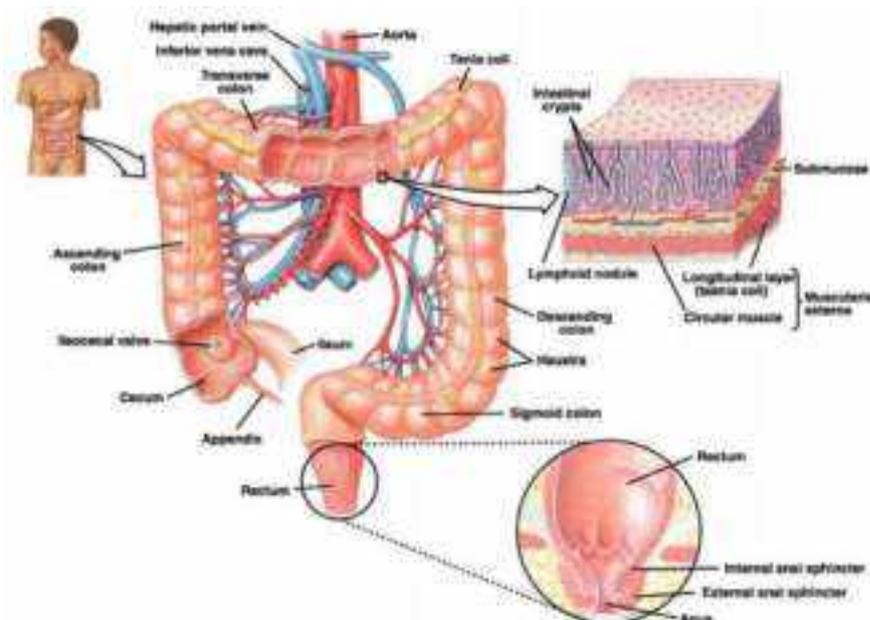
1. Pengertian

Ca colon merupakan kanker yang menyerang pada bagian usus besar, yaitu pada bagian akhir dari sistem pencernaan. sebagian besar ca colon dimulai dari adanya benjolan/ polip kecil yang kemudian membesar menjadi tumor (Yayasan Kanker Indonesia,2018).

Kanker ini disebabkan oleh pertumbuhan sel yang tidak terkontrol, umumnya berasal dari mukosa yang berubah menjadi adenoma, dan secara progresif menjadi karsinoma (Minhajati,2017)

2. Anatomi Fisiologi

(Wilson,2016)



Gambar.1 Anatomi Fisiologi

Struktur usus besar :

a. Caecum

Yaitu kantong yang terletak dibawah muara ileum pada usus besar. Panjang dan lebarnya kurang lebih 6cm hingga 7.5 cm. caecum ini terletak pada fossa iliaka kanan di atas setengah *lateralis ligamentum inguinale*. Biasanya caecum ini seluruhnya dibungkus oleh *peritoneum* sehingga dapat bergerak bebas, tetapi tidak mempunyai *mesentrium*. Terdapat perlekatan ke fossa iliaka disebelah medial dan lateral yang melalui lipatan peritoneum yaitu *plika caecalis*, menghasilkan suatu kantong *peritoneum* kecil, *recessus retrocaecalis*.

b. Kolon asenden

Bagian ini memanjang dari saekum ke fossa iliaka kanan sampai ke sebelah kanan abdomen. Panjangnya 13 cm, terletak di bawah abdomen sebelah kanan dan di hati membelok ke kiri. Lengkungan ini disebut fleksura hepatica (fleksura coli dextra) dan dilanjutkan dengan kolon transversum.

c. Kolon Transversum

Merupakan bagian usus besar yang paling besar dan paling dapat bergerak bebas karena tergantung pada mesokolon, yang ikut membentuk omentum majus. Panjangnya antara 45-50 cm, berjalan menyilang abdomen dari fleksura coli dekstra sinistra yang letaknya lebih tinggi dan lebih ke *lateralis*. Letaknya tidak tepat melintang (transversal) tetapi sedikit melengkung ke bawah sehingga terletak di regio umbilikus.

d. Kolon desenden

Panjangnya kurang lebih 25 cm, terletak di bawah abdomen kiri, dari atas kebawah, dari depan fleksura lienalis sampai didepan ileum kiri, bersambung dengan sigmoid, dan dibelakang peritoneum.

e. Kolon sigmoid

Panjangnya kurang lebih 40 cm dan berbentuk lengkungan huruf S. Terbentang mulai dari apertura pelvis superior (pelvic brim) sampai peralihan menjadi rektum di depan vertebra S-3. Tempat peralihan ini ditandai dengan berakhirnya ketiga teniae coli dan terletak + 15 cm di atas anus.

Kolon sigmoid tergantung oleh mesokolon sigmoideum pada dinding belakang pelvis sehingga dapat sedikit bergerak bebas (mobile).

f. Rektum

Bagian ini merupakan lanjutan dari usus besar, yaitu kolon sigmoid dengan panjang sekitar 15 cm. Rektum memiliki tiga kurva lateral serta kurva dorsoventral. Mukosa rektum lebih halus dibandingkan dengan usus besar. Saluran anal (anal canal) adalah bagian terakhir dari usus, berfungsi sebagai pintu masuk ke bagian usus yang lebih proksimal, dikelilingi oleh spinkter ani (eksternal dan internal) serta otot-otot yang mengatur pasase isi rektum ke dunia luar. Spinkter ani eksterna terdiri dari 3 sling : atas, medial dan depan.

3. Etiologi

Secara umum perkembangan kanker kolorektal merupakan interaksi antara faktor lingkungan dan faktor genetik. Faktor lingkungan multipel beraksi terhadap predisposisi genetik atau defek yang didapat dan berkembang menjadi kanker kolorektal.

Terdapat banyak faktor yang dapat meningkatkan atau menurunkan risiko terjadinya kanker kolorektal, faktor risiko dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Termasuk didalam faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah riwayat kanker kolorektal atau polip adenoma individu dan keluarga, serta riwayat individu penyakit inflamasi kronis pada usus. Yang termasuk didalam faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah

inaktivitas, obesitas, konsumsi tinggi daging merah, merokok, dan konsumsi alkohol sedang-sering. (Kemenkes, Nomor HK.01.07/MENKES/323/2013 tentang Pedoman Nasional Penanggulangan Kanker Kolorektal)

a. Faktor genetik

Sekitar 20% kasus kanker kolorektal memiliki riwayat keluarga. Anggota keluarga tingkat pertama (first-degree) pasien yang baru didiagnosis adenoma kolorektal atau kanker kolorektal invasif memiliki peningkatan risiko kanker kolorektal. Kerentanan genetik terhadap kanker kolorektal meliputi sindrom Lynch atau Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) dan familial adenomatous polyposis. Oleh karena itu, riwayat keluarga perlu ditanyakan pada semua pasien kanker kolorektal.

b. Keterbatasan Aktivitas dan Obesitas

Aktivitas fisik yang tidak aktif atau “physical inactivity“ merupakan sebuah faktor yang paling sering dilaporkan sebagai faktor yang berhubungan dengan kanker kolorektal. Aktivitas fisik yang reguler mempunyai efek protektif dan dapat menurunkan risiko kanker kolorektal sampai 50%. American Cancer Society menyarankan setidaknya aktivitas fisik sedang (e.g. jalan cepat) selama 30 menit atau lebih selama 5 hari atau lebih setiap minggu. Selain itu, kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan kelebihan berat badan yang juga merupakan sebuah faktor yang meningkatkan risiko kanker kolorektal.

c. Diet

Beberapa studi, termasuk studi yang dilakukan oleh American Cancer Society menemukan bahwa konsumsi tinggi daging merah dan/atau daging yang telah diproses meningkatkan risiko kanker kolon dan rektum. Risiko tinggi kanker kolorektal

ditemukan pada individu yang mengonsumsi daging merah yang dimasak pada temperatur tinggi dengan waktu masak yang lama. Selain itu, individu yang mengonsumsi sedikit buah dan sayur juga mempunyai faktor risiko kanker kolorektal yang lebih tinggi.

d. Merokok dan Alkohol

Banyak studi telah membuktikan bahwa merokok tobako dapat menyebabkan kanker kolorektal. Hubungan antara merokok dan kanker lebih kuat pada kanker rektum dibandingkan dengan kanker kolon. Konsumsi alkohol secara sedang dapat meningkatkan risiko kanker kolorektal. Individu dengan rata-rata 2-4 porsi alkohol per hari selama hidupnya, mempunyai 23% risiko lebih tinggi kanker kolorektal dibandingkan dengan individu yang mengonsumsi kurang dari satu porsi alkohol per hari.

e. Obat-obatan dan Hormon

Aspirin, Nonsreoidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID) serta hormon pascamenopause dikatakan dapat mencegah kanker kolorektal. Bukti-bukti penelitian kohort mulai mendukung pernyataan bahwa penggunaan aspirin dan NSAID secara teratur dan jangka panjang dapat menurunkan risiko kanker kolorektal. Namun, saat ini American Cancer Society belum merekomendasikan penggunaan obat-obat ini sebagai pencegahan kanker karena potensi efek samping perdarahan saluran cerna.

4. Manifestasi Klinis

Gejala dari kanker kolorektal ditandai dengan perubahan dari buang air besar. (sayuti,2019) Gejala tersebut yaitu :

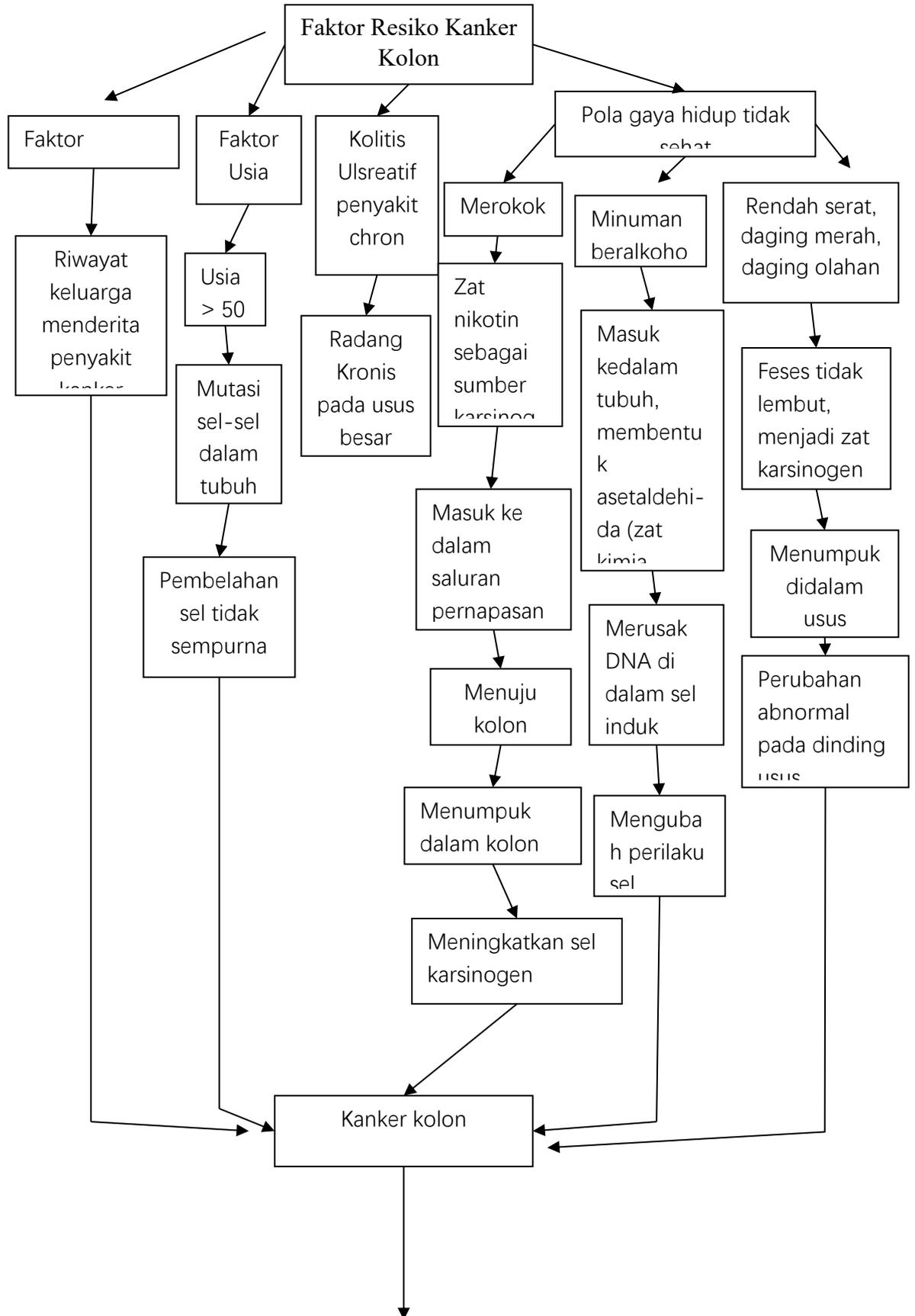
- a. Diare atau sembelit
- b. Perut terasa penuh
- c. Ditemukannya darah (baik merah, terang atau sangat gelap) di feses
- d. Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya
- e. Sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perut kembung.
- f. Kehilangan berat badan drastis
- g. Merasa lelah disepanjang hari
- h. Mual muntah

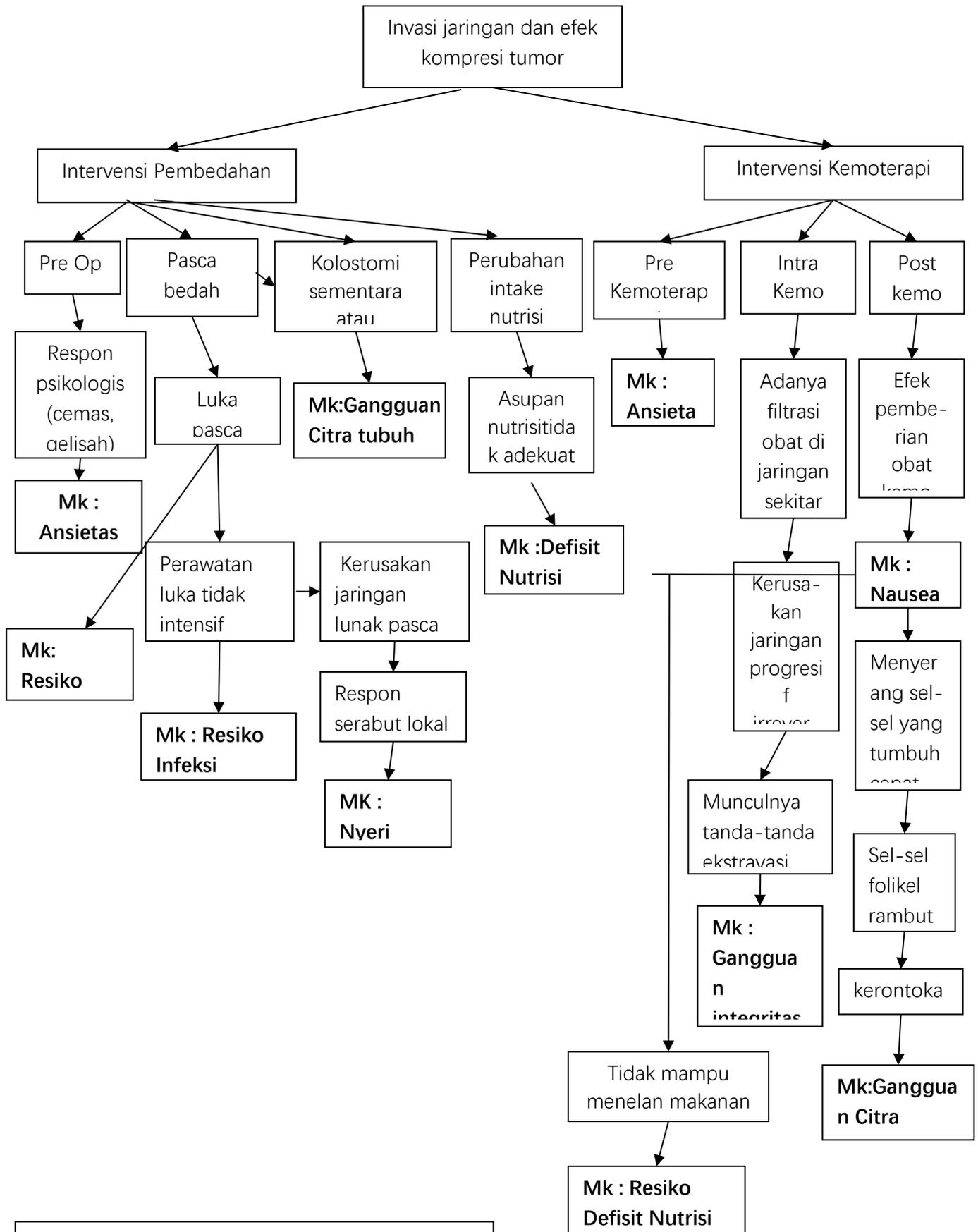
5. Patofisiologi

Kanker kolon muncul dari lapisan epitel usus, dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat berubah menjadi ganas dan bisa merusak jaringan normal dan meluas ke dalam struktur dan sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke bagian tubuh yang lain.

Pertumbuhan kanker menghasilkan efek meliputi penyumbatan lumen usus dengan obstruksi dan adanya luka terbuka pada dinding usus serta pendarahan. Perkembangan kanker dapat menyebabkan perforasi dan abses, serta timbulnya metastase pada jaringan lain. Prognosis relative baik bila lesi terbatas pada mukosa dan submukosa pada saat reseksi dilakukan dan jauh lebih jelek bila terjadi metastase ke kelenjar lmfe (Haryono,2012)

6. Pathway ca colon





Sumber : (Wahyuningsih, 2018 dan PPNI,2017)

7. Klasifikasi

Klasifikasi kanker kolon dapat ditentukan dengan sistem TNM (T = tumor, N = kelenjar getah bening regional, M = jarak metastese).

Tabel.1 Klasifikasi kanker kolon

T	Tumor primer
TO	Tidak ada tumor
TI	Invasi hingga mukosa atau sub mukosa
T2	Invasi ke dinding otot
T3	Tumor menembus dinding otot
N	Kelenjar limfa
N0	Tidak ada metastase
N1	Metastasis ke kelenjar regional unilateral
N2	Metastasis ke kelenjar regional bilateral
N3	Metastasis multipel ekstensif ke kelenjar regional
M	Metastasis jauh
MO	Tidak ada metastasis jauh
MI	Ada metastasis jauh

(Ida Mardalena, I. M. 2018)

Stadium kanker kolon

Stadium	Defenisi	Kategori
Stadium 0	Karsinoma in situ: suatu tumor ganas yang terbatas pada mukosa*, dan tidak menginvasi submukosa*	Kanker kolorektal terlokalisasi
Stadium I	Tumor menginvasi submukosa* atau propria muskularis*	
Stadium IIA	Tumor menginvasi melewati propria muskularis* ke dalam subserosa* atau ke dalam jaringan sekitar di dalam ruang intraperitoneal*	
Stadium IIB	Tumor berpenetrasi ke dalam peritoneum viseral* dan/atau secara langsung menginvasi organ atau	

	struktur di dalam ruang intraperitoneal*	
Stadium III	<p>Tumor telah bermetastasis* di kelenjar getah bening* regional. Stadium III terbagi atas 3 stadium berbeda bergantung pada invasi tumor lokal dan jumlah kelenjar getah bening* dengan metastasis*a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stadium IIIA: tumor menginvasi submukosa* atau propria muskularis* dan telah menyebar ke 1-3 kelenjar getah bening* regional. • Stadium IIIB: tumor menginvasi subserosa*, peritoneum viseral* atau organ sekitar, dan telah menyebar ke 1-3 kelenjar getah bening* regional. • Stadium IIIC: tumor, terlepas dari derajat invasi lokal, telah menyebar ke 4 atau lebih kelenjar getah bening* regional. 	
Stadium IV	Tumor telah menyebar ke organ jauh, terlepas dari derajat invasi lokal dan/atau menyebar ke kelenjar getah bening* regional.	Kanker kolorektal lanjut

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien kanker kolon (Sayuti & Nouva,2019)

a. Pemeriksaan laboratorium klinis

Pemeriksaan laboratorium terhadap karsinoma kolorektal bisa untuk menegakkan diagnosa maupun monitoring perkembangan atau kekambuhannya. Pemeriksaan terhadap kanker ini antara lain pemeriksaan darah, Hb, elektrolit, dan pemeriksaan tinja yang

merupakan pemeriksaan rutin. Anemia dan hipokalemia kemungkinan ditemukan oleh karena adanya perdarahan kecil. Perdarahan tersembunyi dapat dilihat dari pemeriksaan tinja.

Selain pemeriksaan rutin diatas, dalam menegakkan diagnosa karsinoma kolorektal dilakukan juga skrining CEA (Carcinoma Embrionic Antigen). Carcinoma Embrionic Antigen merupakan pertanda serum terhadap adanya karsinoma kolon dan rektum. Carcinoma Embrionic Antigen adalah sebuah glikoprotein yang terdapat pada permukaan sel yang masuk ke dalam peredaran darah, dan digunakan sebagai marker serologi untuk memonitor status kanker kolorektal dan untuk mendeteksi rekurensi dini dan metastase ke hepar. Carcinoma Embrionic Antigen terlalu insensitif dan nonspesifik untuk bisa digunakan sebagai skrining kanker kolorektal. Meningkatnya nilai CEA serum, bagaimanapun berhubungan dengan beberapa parameter.

Tingginya nilai CEA berhubungan dengan tumor grade 1 dan 2, stadium lanjut dari penyakit dan adanya metastase ke organ dalam. Meskipun konsentrasi CEA serum merupakan faktor prognostik independen. Nilai CEA serum baru dapat dikatakan bermakna pada monitoring berkelanjutan setelah pembedahan.

b. Pemeriksaan laboratorium Patologi Anatomi

Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi pada kanker kolorektal adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus. Hasil pemeriksaan ini adalah hasil histopatologi yang merupakan diagnosa definitif. Dari pemeriksaan histopatologi inilah dapat diperoleh karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma di kolorektal ini.

c. Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen atau menggunakan kontras. Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras barium enema, yang sensitifitasnya mencapai 90% dalam mendeteksi polip yang berukuran >1 cm. Teknik ini jika digunakan bersama-sama sigmoidoskopi, merupakan cara yang hemat biaya sebagai alternatif pengganti kolonoskopi untuk pasien yang tidak dapat mentoleransi kolonoskopi, atau digunakan sebagai pemantauan jangka panjang pada pasien yang mempunyai riwayat polip atau kanker yang telah di eksisi. Risiko perforasi dengan menggunakan barium enema sangat rendah, yaitu sebesar 0,02 %. Jika terdapat kemungkinan perforasi, maka sebuah kontras larut air harus digunakan daripada barium enema. Computerised Tomography (CT) scan, Magnetic Resonance Imaging (MRI), Endoscopic Ultrasound (EUS) merupakan bagian dari teknik pencitraan yang digunakan untuk evaluasi, staging dan tindak lanjut pasien dengan kanker kolon, tetapi teknik ini bukan merupakan skrining tes.

d. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi dilakukan saluran pencernaan dengan menggunakan alat kolonoskopi, yaitu selang lentur berdiameter kurang lebih 1,5 cm dan dilengkapi dengan kamera. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran kurang dari 1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94%, lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67%. Kolonoskopi juga dapat digunakan untuk biopsi, polipektomi, mengontrol perdarahan dan dilatasi dari striktur.

Kolonoskopi merupakan prosedur yang sangat aman dimana komplikasi utama (perdarahan, komplikasi anestesi dan perforasi) hanya muncul kurang dari 0,2% pada pasien. Kolonoskopi merupakan cara yang sangat berguna untuk mendiagnosis dan manajemen dari inflammatory bowel disease, non akut divertikulitis, sigmoid volvulus, gastrointestinal bleeding, megakolon non toksik, striktur kolon dan neoplasma. Komplikasi lebih sering terjadi pada kolonoskopi terapi daripada diagnostik kolonoskopi, perdarahan merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi terapeutik, sedangkan perforasi merupakan

9. Penatalaksanaan

a. Medis

1) Kemoterapi

Terapi primer yang dilakukan kepada klien untuk pengobatan dengan cara pembedahan. Terapi kemoterapi digunakan sebagai tambahan untuk menjaga tumor tidak tumbuh lagi. Kemoterapi digunakan untuk menekan pertumbuhan sel kanker yang ada di hepar. Radiasi yang diberikan bisa dengan sendiri-sendiri dan bersamaan. Terapi kombinasi dapat meningkatkan survival klien ca colon. (Nursalam dkk, 2018)

2) Pembedahan

Reseksi bedah bisa dilakukan dengan laparatomi, dan juga dapat dengan laparaskopi. Laparatomi ini merujuk dengan suatu tindakan bedah terbuka yang artinya, ahli bedah membuat sayatan besar pada perut untuk tindakan operasi. Ketika kanker menyebabkan sumbatan pada usus, mungkin perlu untuk membuka sumbatan tersebut dan membiarkan usus pulih dengan cara memasukkan stent/tabung dari logam atau melakukan kolostomi. Stent adalah suatu tabung yang diletakkan di usus pada lokasi tumor untuk membuka jalur usus yang alami. Ketika

kolostomi dilakukan, usus sehat yang berada di atas lokasi tumor disambungkan secara langsung ke kulit perut dan bagian ujung bawah usus ditutup; tinja dapat keluar dari tubuh melalui jalur baru ini dan tinja akan terkumpul dalam kantong plastik yang melekat pada kulit . Pembukaan baru ini disebut stoma.

b. Keperawatan

1) Pre operasi

Perawat pre operasi klien sering ditemukan dengan penurunan berat badan dan perubahan kebiasaan buang air besar. Untuk mendapatkan gambaran yang akurat dari manifestasi klinis pada klien perlu dikaji factor resiko seperti riwayat keluarga mempunyai penyakit kanker. Pengkajian abdomen dilihat ketidak abnormalnya abdomen, nyeri , distensi, dan adanya massa.

Mengidentifikasi kecemasan klien dan dukungan support system, mulai dari penjelasan tentang pengobatan dan prosedur yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada klien untuk berdiskusi tentang prosedur yang akan dilakukan oleh tim kesehatan. Jika dilakukan kolostomi maka tindakan kolostomi diperlukan enterostomal therapy nurse untuk edukasi tentang kolostomi dan perawatanya (Blaks & Hawks 2009).

2) Post operasi

Setelah klien keluar dari ruangan ICU keruangan perawatan, perawat tetap melakukan pengkajian dan intervensi seperti pada ruangan perawatan intensif. Pengkajian yang dilakukan pada keadaan post anastesi general dapat menyebabkan komplikasi sehingga tetap memerlukan monitor system respiratori, kardiovaskuler, renal dan cairan elektrolit.

Perawat harus melakukan perawatan khusus terhadap klien ini terutama pada bagian abdomen yang sudah di operasi seperti perawatan luka, jika ada melakukan kolostomi dan terpasang drain, maka harus melakukan pengantian dressing dan memonitor output drain harus dilakukan dengan baik (Blaks & Hawks 2009).

10. Komplikasi

Biasanya tumor menyerang pembuluh darah dan sekitarnya dan menyebabkan pendarahan. Tumor tumbuh kedalam usus besar dan secara berangsur-angsur membantu usus besar hingga pada akhirnya tidak bisa sama sekali. Perluasan tumor melebihi perut dan mungkin menekan organ yang berada disekitarnya, seperti uterus, kandung kemih, dan ureter. Komplikasi pada pasien dengan kanker kolon yaitu (Ida Mardalena, I. M. 2018) :

- a. Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap.
- b. Metastase menuju organ sekitar, melalui hematogen, limfogen dan penyebaran langsung.
- c. Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemorragi.
- d. Perforasi usus dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses.
- e. Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok.
- f. Pembentukan abses
- g. Pembentukan fistula pada urinari bladder atau vagina.

11. Konsep Laparatomi

a. Pengertian

Laparatomi merupakan pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah seperti hemoragi, perforasi, kanker (Faridah, 2014).

b. Manifestasi Klinis

Gambaran klinis pasca operasi Laparatomi yaitu (Moran 2017):

- 1) Nyeri tekan pada area abdomen disekitar insisi pembedahan
- 2) Gangguan tidur pasca operasi
- 3) Peningkatan respirasi, tekanan darah, dan nadi
- 4) Kelemahan
- 5) Konstipasi, kembung tidak dapat buang air besar (BAB)
- 6) Mual dan muntah
- 7) Anoreksia

c. Penatalaksanaan

Perawatan pasca pembedahan (Haryono,2012):

- 1) Monitor kesadaran, tanda-tanda vital, CVP, intake dan output
- 2) Observasi dan catat sifat darai drain (warna, jumlah) drainage
- 3) Dalam mengatur dan menggerakkan posisi pasien harus hati-hati, jangan sampai drain tercabut.
- 4) Perawatan luka operasi secara steril.

12. Konsep Kolostomi

a. Pengertian

Kolostomi merupakan lubang yang dbuat melalui pembedahan di perut tempat sebagian usus besar dimasukkan untuk mengeluarkan feses/tinja. Kolostomi dapat sementara atau bahkan permanen tergantung dari alasan pembuatannya. Kolostomi sementara bisa memberikan kesempatan pada usus yang terkena untuk beristirahat dan sembuh, setelah sembuh, kolostomi akan dihilangkan. Nama dari pembuatan kolostomi yaitu stoma. Stoma sementara biasanya bertahan selama 3-6 bulan. (Stricker et al., 2016)

Kolostomi permanen dilakukan ketika penyakit mempengaruhi bagian bawah usus/rektum, atau pasien yang memiliki penyakit penyerta lainnya. Kolostomi yang paling umum dilakukan adalah kolostomi sigmoid yang terletak di kuadran kiri bawah, kolostomi

transversal yang terletak di kuadran kanan atas dan kiri dekat garis tengah, dan kolostomi menaik yang terletak di sisi kanan perut. (Stricker et al., 2016).

b. Indikasi kolostomi

Kanker usus besar atau rektum, penyakit radang usus kronis, penyakit divertikular, kerusakan akibat radiasi, dan trauma merupakan beberapa masalah kesehatan utama yang menyebabkan perlunya kolostomi sementara atau permanen (Clessens et al., 2015)

c. Cara mengganti kantong stoma

- 1) Siapkan kantong stoma, tissue/kassa, air hangat/NaCl, kantong plastik
- 2) Cuci tangan dengan bersih
- 3) Lepaskan kantong lama dengan hati-hati, buang ke kantong plastik
- 4) Bersihkan kulit sekitar stoma dengan air hangat/NaCl dengan hati-hati
- 5) Keringkan kulit sekitar stoma dengan tissue atau kassa basah
- 6) Amati area sekitar stoma apakah ada tanda iritasi
- 7) Ukur kantong sesuai dengan besar lubang stoma
- 8) Lepaskan perekat/lem, tempelkan sesuai dengan posisi yang dikehendaki, rekatkan/ ditekan melingkari stoma
- 9) Pasang klem atau pengunci pada bagian bawah kantong
- 10) Cuci tangan, simpan alat-alat

d. Cara mengurangi bau

- 1) Hindari makanan yang mengandung gas
- 2) Kosongkan kantong sebelum pergi
- 3) Hindari kebocoran pada kantong (cek kondisi kantong)
- 4) Makan teratur

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan menurut Wijaya dan Putri (2013).

a. Identitas klien :

terdiri Nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawaban juga terdiri dari nama, umur penanggung jawab, hubungan keluarga, dan pekerjaan. Pada ca colon lebih sering terjadi pada usia 40 tahun.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri dibagian abdomen karena telah melakukan tindakan laparatomi juga kolostomi, jadi klien merasakan tidak nyaman dengan kondisinya yang sekarang, lagi pula kalau klien ada tindakan kolostomi maka klien akan sangat merasakan tidak nyaman karena bisa jadi akibat anusnya di tutup maka klien BAB dan flatus di bagian abdomen. Klien juga tidak bisa bergerak banyak dan susah untuk tidur, tubuh klien biasanya terasa lemas dan letih, dan nafsu makan akan menurun.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pernah menderita polip kolon, radang kronik kolon dan kolotis ulseratif yang tidak teratasi, ada infeksi dan obstruksi pada usus besar, dan diet dan konsumsi diet tidak baik, tinggi protein, tinggi lemak, tinggi serat.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya keluarga klien adanya riwayat kanker, diidentifikasi kanker yang menyerang tubuh atau ca colon adalah turunan yang sifatnya dominan.

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Mata : Kunjungtiva anemis.
- 2) Mulut : Mukosa mulut kering dan pucat, lidah pecah-pecah dan berbau
- 3) Leher : Distensi vena jugularis (JVP)
- 4) Abdomen : Distensi abdomen, adanya teraba massa, penurunan bising usus dan kembung.
- 5) Kulit : Tugor kulit jelek, kering, (dehidrasi dan malnutrisi).

d. Pengkajian Fungsional

1) Aktivitas dan Istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah, merasa gelisah dan ansietas, tidak tidur semalaman karena diare, pembatasan aktivitas / kerja sehubungan dengan efek proses penyakit.

2) Pernafasan

Nafas pendek, dispnea (respon terhadap nyeri yang dirasakan) yang ditandai dengan takipnea dan frekuensi menurun.

3) Sirkulasi

Tanda : Takikardi (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri), hipotensi, kulit/membran : turgor buruk, kering, lidah pecah-pecah, (dehidrasi/malnutrisi).

4) Integritas Ego

Gejala : ansietas, ketakutan, emosi kesal, misal : perasaan tak berdaya/tak ada harapan.

Faktor stress akut/kronis : misal hubungan dengan keluarga / pekerjaan, pengobatan yang mahal.

Tanda : menolak, perhatian yang menyempit, depresi.

5) Eliminasi

Gejala : tekstur feses bervariasi dan bentuk lunak sampai bau. Episode diare berdarah tak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering tak dapat dikontrol (sebanyak 20-30 kali/hari), perasaan tidak nyaman/tidak puas, deteksi berdarah/ mukosa dengan atau tanpa keluar feses.

Tanda : Menurunnya bising usus, tidak ada peristaltik atau adanya peristaltik yang dapat dilihat oliguria.

6) Makan / Cairan

Gejala : anoreksia, mual, muntah, penurunan berat badan, tidak toleran terhadap diet/sensitif (misal : buah segar/massa otot, kelemahan, tonus otot dan turgor kulit buruk, membran mukosa pucat, luka, inflamasi rongga mulut.

7) Hygiene

Tanda : ketidakmampuan melakukan perawatan diri, stomatitis, menunjukkan kekurangan vitamin.

8) Muskuloskeletal

Biasanya klien mengalami penurunan kekuatan otot akibat sudah insisi pembedahan itu hanya untuk sementara saja.

9) Seksualitas

Biasanya tidak bisa melakukan hubungan seksual/ frekuensi menurun.

10) Hubungan sosial

Biasanya ketidak efektifan ber interaksi dan bersosialitas dengan masyarakat karena sakit.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Post Operasi :

- 1) Nyeri akut b.d Agen pencidera fisik
- 2) Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif
- 3) Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan
- 4) Gangguan citra tubuh b.d Perubahan struktur/bentuk tubuh
- 5) Ansietas b.d kurang terpapar informasi

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan merupakan langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/ diharapkan, dan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang di harapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut b.d Agen pencidera fisik	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak mengeluh nyeri 2) Tidak meringis 3) Tidak bersikap protektif 4) Tidak gelisah 5) Tidak mengalami kesulitan tidur 6) Frekuensi nadi membaik 7) Tekanan darah membaik 8) Melaporkan nyeri terkontrol 9) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 10) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 11) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis 	<p>Manajemen Nyeri :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

			<p>8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9) Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu</p>
--	--	--	--

			<p>ruangan, pencahayaan, kebisingan)</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) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p>
--	--	--	--

			1) Kolaborasi pemberian analgetik
2	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil: 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Vesikel menurun 6) Cairan berbau busuk menurun 7) Letargi 8) Kebersihan tangan meningkat 9) Kebersihan badan meningkat 10) Kadar sel darah putih membaik 11) Kultur area luka membaik	Pencegahan infeksi Observasi : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit pada area edema 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi : 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3) Ajarkan etika batuk

			<p>4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
3	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan saluran cerna membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Toleransi terhadap makanan meningkat 2) Nafsu makan meningkat 3) Mual menurun 4) Muntah menurun 5) Dispepsia menurun 6) Nyeri abdomen menurun 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5) Identifikasi perlunya

		<p>7) Distensi abdomen menurun</p> <p>8) Regurgitasi menurun</p> <p>9) Jumlah residu cairan lambung saat aspirasi menurun</p> <p>10) Darah pada feses menurun</p> <p>11) Hematemesis menurun</p> <p>12) Frekuensi BAB membaik</p> <p>13) Konsistensi feses membaik</p> <p>14) Peristaltik usus membaik</p> <p>15) Jumlah feses membaik</p> <p>16) Warna feses membaik</p>	<p>penggunaan selang nasogatrik</p> <p>6) Monitor asupan makanan</p> <p>7) Monitor berat badan</p> <p>8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik</p> <p>1) Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu</p> <p>2) Fasilitasi menentukan pedoman diet</p> <p>3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>6) Berikan suplemen makanan jika perlu</p> <p>7) Hentikan pemberian makan</p>
--	--	---	--

			<p>melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan posisi duduk jika mampu 2) Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan jika perlu 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4	Gangguan citra b.d Perubahan struktur/bentuk tubuh	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melihat bagian tubuh meningkat 2) Menyentuh bagian tubuh meningkat 	<p>Promosi citra tubuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2) Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh.

		<p>3) Verbalisasi kecacatan bagian tubuh meningkat</p> <p>4) Verbalisasi kehilangan bagian tubuh meningkat</p> <p>5) Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun</p> <p>6) Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun</p> <p>7) Verbalisasi perubahan gaya hidup menurun</p> <p>8) Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun</p> <p>9) Menunjukkan bagian tubuh berlebihan menurun</p> <p>10) Fokus pada bagian tubuh menurun</p> <p>11) Fokus pada penampilan masa lalu menurun</p> <p>12) Fokus pada kekuatan masa lalu menurun</p>	<p>3) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</p> <p>4) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</p> <p>5) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>2) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</p> <p>3) Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan</p> <p>4) Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh</p> <p>5) Diskusikan cara mengembangkan</p>
--	--	--	---

		<p>13) Respon non verbal pada perubahan tubuh membaik</p> <p>14) Hubungan sosial membaik</p>	<p>harapan citra tubuh secara realistas</p> <p>6) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>2) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>3) Anjurkan menggunakan alat bantu</p> <p>4) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung</p> <p>5) Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>6) Latih peningkatan penampilan diri</p> <p>7) Latih pengungkapan</p>
--	--	--	---

			kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
5	Ansietas b.d kurang terpapar informasi	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>Konseling Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kemampuan dan beri penguatan 2) Identifikasi perilaku keluarga yang mempengaruhi pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bina hubungan terapeutik berdasarkan rasa percaya dan penghargaan 2) Berikan empati, kehangatan, dan kejujuran 3) Tetapkan tujuan dan lama hubungan konseling 4) Berikan privasi dan pertahankan kerahasiaan 5) Berikan penguatan terhadap keterampilan baru

		8) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun	6) Fasilitasi untuk mengidentifikasi masalah Edukasi 1) Anjurkan mengekspresikan perasaan 2) Anjurkan membuat daftar alternatif penyelesaian masalah 3) Anjurkan pengembangan keterampilan baru, jika perlu
--	--	---	--

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. (Tarwoto & Wartonah, 2011). Pada tahap ini perawat menggunakan semua kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus pada klien post op ca colon pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen. Interdependen dan dependen.

5. Evaluasi

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. (Tarwoto & Wartonah, 2011). Untuk

menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan, kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Format evaluasi menggunakan :

S : subjective adalah informasi yang berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diperbaiki

O : objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan

A : analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, atau muncul masalah baru.

P : planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa, baik itu rencana diteruskan, dimodifikasi, dibatalkan ada masalah baru, selesai (tujuan tercapai).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah Deskriptif yaitu dengan pendekatan studi kasus. Penelitian Deskriptif adalah penelitian yang berusaha menggambarkan fenomena yang terjadi secara nyata, realistik, aktual, nyata dan pada saat ini, karena penelitian ini untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki (Rujakat,2018). Penelitian ini mendiskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Laparatomi, Kolostomi dengan Indikasi Kanker Kolon di Ruang Irna Bedah RSUP. Dr.M.Djamil Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang IRNA Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Oktober 2023 sampai juni 2024. Asuhan Keperawatan dilakukan pada Tanggal 28 Maret – 2 April 2024.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek atau subjek yang menjadi kuantitas dan karakter tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti untuk ditarik kesimpulan. Populasi dapat disimpulkan sebagai objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah yang telah memenuhi syarat penelitian (Donsu,2016). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien ca colon yang dirawat di ruang IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data yang didapatkan di Ruangan IRNA Bedah Pria sebanyak 1 orang pasien yang mengalami laparatomi, kolostomi dengan indikasi kanker kolon.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sujarweni,2014). Sampel penelitian ini adalah 1 orang pasien dengan diagnosis kanker kolon di ruang irna bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang. Pemilihan sampel dengan menggunakan teknik *Purposive Sampling*, yaitu pengambilan dengan cara *Total Sampling* pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti sehingga sampel tersebut bisa mewakili karakteristik populasi yang diinginkan (Nursalam,2013).

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini

a. Karakteristik inklusi

- 1) Pasien setuju berpartisipasi dalam penelitian
- 2) Pasien yang kooperatif dan berkomunikasi dengan baik

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien ca colon penurunan kesadaran
- 2) Pasien pulang dalam hari rawatan kurang dari lima hari

Pada penelitian ini pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Proses pengambilan sampel yaitu hanya 1(orang) populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi maka dijadikan sampel penelitian.

D. Alat atau instrumen pengumpulan data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah format pengkajian keperawatan medical bedah, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, thermometer, stetoskop, penlight, timbangan.

Pada penelitian ini instrumen yang dipergunakan adalah format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan,

implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan alat ukur yang digunakan adalah tensimeter, stetoskop, reflek harmer, pen light, dan centimeter. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi.

- 1) Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium dan program pengobatan.
- 2) Format analisa data terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, data masalah dan etiologi.
- 3) Format diagnosis keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggai dan paraf masalah yang ditemukan serta tanggal dan paraf masalah dapat teratasi.
- 4) Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, intervensi SLKI dan SIKI
- 5) Format implementasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
- 6) Format, evaluasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Teknik pengumpulan data

1. Jenis data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari responden melalui kuisisioner, kelompok fokus, dan panel, atau juga data hasil wawancara peneliti dengan narasumber dan data yang diperoleh dari data primer harus diolah lagi. Data yang didapat meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari dirumah, dan pemeriksaan fisik.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh langsung dari Ruang Irina Bedah dan Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder diperoleh dari sumber kedua dan dapat berupa bukti riwayat partisipan, data penunjang (hasil labor dan kdiagnostic), catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu instrumen yang digunakan untuk menggali data secara lisan. Hal ini haruslah dilakukan secara mendalam agar kita mendapatkan data yang valid dan detail (Sujarweni, 2014). Wawancara ditujukan untuk mendapatkan informasi dari individu yang diwawancarai, oleh karena itu hubungan asimetris harus tampak antara pewawancara dengan individu yang diwawancarai (Afiyanti, 2014). Dalam wawancara ini penelitian digunakan terutama untuk melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga.

b. Observasi

Observasi adalah pengamatan dan penacatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada objek penetian (Sujarweni, 2014). Observasi yang dilakukan peneliti yaitu mengamati keadaan umum pasien, mendengarkan keluhan pasien dan perkembangan pasien.

c. Pengukuran atau pemeriksaan fisik

Adalah pemantauan kondisi pasien dengan pengukuran menggunakan alat pengukuran, berat badan dengan timbangan berat badan, tensi dengan tensi meter, pengukuran tekanan darah, menghitung frekuensi napas dan menghitung frekuensi nadi.

d. Dokumentasi

Dokumentasi dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan dokumen dari RS untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Dalam penelitian metode studi dokumentasi digunakan peneliti untuk melihat catatan perkembangan pasien, dan arsip.

F. Analisa Data

Analisis telah dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien dengan kanker kolon. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosis, merencanakan tindakan telah dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pasien dengan kanker kolon. Analisis yang dilakukan untuk menentukan kesesuaian teori yang ada dengan kondisi pasien dan hasil penelitian dari peneliti lain.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang, tepatnya diruang IRNA Bedah Pria yang dibagi dengan 5 sekat yaitu dengan penamaan CP1, CP2, CP3,CP4, CP5 dan terdapat 2 ruang isolasi, kapasitas tempat tidur yaitu sebanyak 35 tempat tidur. IRNA bedah pria dipimpin oleh seorang karu, dan dibantu oleh 3 katim di setiap shift, perawat dibagi dalam 3 shift, selain perawat ruangan terdapat beberapa mahasiswa yang praktik dari berbagai institusi yang juga ikut andil dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian dilakukan pada tanggal 28 Maret 2024 – 2 April 2024 dengan melibatkan satu partisipan yaitu Tn. E dengan diagnosa medis Adeno Ca Sigmoid Post Laparatomy+Kolostomi di Ruangan IRNA Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi serta evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan metode observasi, pengukuran, wawancara dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada Tn. E dimulai pada tanggal 28 Maret 2024 jam 08.00 WIB. Hasil penelitian tentang pengkajian didapatkan peneliti melalui observasi, pengukuran, wawancara, dan studi dokumentasi yang dapat dituangkan sebagai berikut :

Tn.E (Laki-laki) berusia 52 Th bekerja sebagai petani, menikah, beragama islam dan pendidikan terakhir SMA. Alamat Tn E di Desa Koto Rayo Tabir Merangin, Jambi. Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 22 Maret 2024 pada pukul 19.00 WIB, pasien merupakan rujukan dari RS Siti Rahmah,

sebelumnya pasien di RS Siti Rahmah dilakukan pemeriksaan kolonoskopi dan diduga suspect ca colon. Pasien masuk dengan keluhan 2 Bulan yang lalu mengalami BAB berdarah dan sulit BAB disertai dengan lendir, pasien merasakan nyeri diperutnya dan sejak 2 bulan ini mengatakan nafsu makannya menurun dan merasakan mual, berat badan pasien turun 10kg dalam 2 bulan belakangan

Saat dilakukan pengkajian pada hari Sabtu 28 maret 2024 pukul 08.00 WIB di ruang irna bedah pria, pasien post op laparatomy+ kolostomi 2 hari yang lalu, dengan keadaan tampak lemah, pasien mengeluhkan nyeri pada abdomen bekas operasi dengan skala 7, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri terasa berat ketika miring kanan dan miring kiri. Pasien mengeluh tidak nyaman saat tidur dan sulit beraktivitas. Pasien terpasang kolostomi disebelah kiri, pasien mengatakan sulit bergerak karena bekas pembedahan, terdapat bekas luka post op pada abdomen sepanjang ± 13 cm dan ditutupi perban, tampak merah disekeliling kolostomi pasien dan ada cairan berwarna coklat kehitaman, pasien mengatakan tidak nyaman dengan kolostominya dan mengatakan ingin menukar kantongnya dengan yang bersih dan pasien dan keluarga berkata tidak mengerti dengan perawatan kantong kolostominya.

Pasien mengatakan pernah pernah melakukan pemeriksaan kolonoskopi sebelumnya dan hasilnya suspek ca kolon pada tanggal 21 Maret 2024. Pasien mengatakan bahwasanya dulunya ia jarang mengkonsumsi buah dan sayuran karena Pasien tidak terlalu suka, pasien mengatakan tidak ada keluarga yang sama dengan penyakitnya. Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan yang diderita pasien saat ini, pasien juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti jantung, diabetes mellitus, dan hipertensi.

1) Pola Nutrisi

Pasien mengatakan tidak nafsu makan sejak ± 2 bulan yang lalu, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang diberikan, pasien mengatakan berat badannya menurun, sebelum sakit BB pasien 68 Kg, dan BB 50 Kg, mukosa bibir kering, tampak pucat, kemampuan mengunyah baik. Kebiasaan makan dirumah pasien kurang baik, pasien mengatakan jarang makan sayur dan buah karena pasien tidak terlalu suka dengan sayur dan buah. Dirumah sakit pasien diberikan makanan lunak dan tinggi protein dan pasien menghabiskan minum 3 botol aqua gelas sehari 200ml.

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari, tertampung pada kantong kolostominya di abdomen kiri bawah, dengan karakteristik berwarna coklat tua, konsistensi cair.

3) Pola Istirahat dan Aktivitas

Pasien tidur ± 6 jam sehari tetapi sering terjaga malam karena nyeri dan juga pasien mengatakan karena tidak terbiasa dengan rumah sakit yang rame orang sehingga tidak bisa tidur nyenyak, dan pasien selalu dibantu keluarga ketika ingin makan dan minum dan juga mandi dibantu oleh keluarga.

4) Pemeriksaan fisik

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15, TD : 135/90 mmHg, Pernafasan : 22x/ menit, Nadi : 102x/menit, pada tangan kanan terpasang infus NaCl, pada abdomen terdapat luka bekas operasi laparatomi ± 13 cm, dan terdapat luka kolostomi pada perut kuadran kiri bawah abdomen dengan diameter 3cm dengan stoma tampak merah muda segar.

5) Data Psikologis

Pada saat pengkajian pasien mengatakan cemas dengan kondisinya karena merasa akan sulit beraktivitas, pola koping pasien baik dan emosi terkontrol, pasien berusaha menerima kondisi penyakitnya dan pasien mendapatkan dukungan dari keluarga untuk sembuh.

Berikut Program dan rencana pengobatan Tn E sebagai berikut :
infus NaCl 20 tts/menit, Inj Ranitidine 2x sehari, inj metrinidazole 500gr 3x sehari, Drip Tramadol 3x sehari.

Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan leukosit $14.500/\text{mm}^3$, hemoglobin 11,5 g/dl, Trombosit $365.000/\text{mm}^3$, Natrium 137,9 mmol/L, kalium 3,81 mmol/L, ureum darah 12 mg/dl, kreatinin darah 0,4 mg/dl, total protein 5,6 g/dl,

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisis data pada tanggal 28 Maret 2024 ditemukan masalah keperawatan pada pasien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik data subjektif dan objektif yang menunjang masalah keperawatan ini adalah pasien mengeluh nyeri pada luka pasca operasinya, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk skala nyeri yang dirasakan pasien 7 nyeri bertambah jika pasien memiringkan badan ke kanan dan kekiri,

Selanjutnya diagnosis keperawatan yang muncul yaitu resiko infeksi yang dibuktikan dengan efek prosedur invasif, data subjektif dan objektif yang menunjang masalah keperawatan ini adalah pasien mengatakan luka pasca operasinya tampak merah, pasien mengatakan lukanya terasa nyeri apabila tersinggung oleh tangannya, terdapat hasil pemeriksaan labor pasca operasi leukosit pasien meningkat $14.500/\text{mm}^3$.

Selanjutnya diagnosis keperawatan yang muncul adalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient dengan adanya data subjektif dan objektif yaitu pasien mengatakan tidak nafsu makan, badan lemas pasien mengatakan berat badan menurun sejak 2 bulan yang lalu dari 68 Kg sekarang sudah 50 Kg, pasien hanya menghabiskan makanan $\frac{1}{2}$ porsi dari yang diberikan, berdasarkan hasil uji laboratorium didapatkan total protein 5,6 g/dl.

Diagnosis keperawatan selanjutnya adalah Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dengan adanya data subjektif dan objektif yaitu pasien mengatakan dirinya cemas dengan penyakitnya, pasien mengatakan suka berdebar-debar dan pasien tampak gelisah dan pucat Nadi 102x/ menit.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan pada Pasien terkait diagnosa keperawatan nyeri sesuai dengan standar intervensi keperawatan indonesia dilakukan manajemen nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik adalah dengan mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. Salah satu tindakan yang dilakukan pada Pasien yaitu manajemen nyeri dengan melakukan teknik nafas dalam.

Rencana keperawatan pada Pasien adalah perawatan luka sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yaitu memonitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik

steril saat melakukan perawatan luka, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik.

Rencana keperawatan selanjutnya pada Pasien adalah manajemen nutrisi dimana sesuai dengan standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, monitor pemeriksaan laboratorium.

Rencana keperawatan pada diagnosa ansietas berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yaitu sebagai berikut, Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu waktu, stressor), Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal), Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Pahami situasi yang membuat ansietas, Dengarkan dengan penuh perhatian, Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang, Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan, Latih teknik relaksasi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada peneliti untuk Pasien yaitu manajemen nyeri dengan menjarkan teknik relaksasi nafas dalam pada Pasien. Implementasi lainnya seperti menanyakan informasi tentang nyeri, penyebab nyeri, berapa durasi nyeri yang dirasakan pasien, dan skala nyeri yang dirasakan pasien, selanjutnya peneliti juga memberikan obat analgetik yaitu drip tramadol 3x sehari.

Implementasi keperawatan selanjutnya yang dilakukan peneliti pada Pasien dengan diagnosa resiko infeksi adalah melakukan perawatan luka

dengan membersihkan luka dan mengganti balutan luka post laparatomy serta mengajarkan pada pasien dan keluarga bagaimana cara mengganti kantong kolostomi dan menganjurkan membuang feses pada kantong kolostomi. Melakukan pencegahan infeksi dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan yang benar. Peneliti juga memberikan antibiotik berupa metronidazole via IV.

Implementasi keperawatan selanjutnya yang dilakukan peneliti yaitu manajemen nutrisi pada Pasien dengan mengkaji status nutrisi, mengkaji porsi makan yang dihabiskan, mengkaji frekuensi makan dan minum serta memonitor asupan makanan pasien dan memberikan cairan elektrolit infus NaCl untuk kebutuhan cairan pasien, memberikan diit makanan berupa makanan lunak.

Implementasi keperawatan selanjutnya yang dilakukan peneliti pada diagnosa ansietas yaitu membina hubungan saling percaya, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis kondisi, waktu, stressor), mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan. Memahami situasi yang membuat ansietas, mendengarkan penuh perhatian, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan yaitu mendengarkan murottal.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang dilakukan peneliti dari tanggal 28 Maret 2024 sampai dengan tanggal 2 April 2024 didapatkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik teratasi pada hari ke 5 dengan kriteria hasil nyeri berkurang dan pasien mampu mengontrol nyeri setelah diajarkan teknik nafas dalam.

Pada masalah keperawatan resiko infeksi di hari ke 5 masalah teratasi dengan kriteria hasil luka tampak mulai mengering, tidak ada kemerahan disekitar luka, pasien mengatakan sudah mulai bisa membersihkan kantong kolostomi dibantu oleh keluarganya.

Evaluasi pada masalah keperawatan defisit nutrisi adalah teratasi sebagian pada hari ke 6, pasien mmengatakan nafsu makan sudah mulai membaik, mukosa bibir tampak lembab, berat badan pasien mulai naik, dilanjutkan dengan tetap mengikuti diit yang diberikan oleh ahli gizi

Selanjutnya evaluasi pada masalah keperawatan ansietas pada hari ke 4 sudah teratasi dengan kriteria hasil pasien tidak cemas lagi dengan penyakitnya dan mulai menerima kondisinya, dan perasaan berdebar-debar dan gelisah sudah hilang dan intervensi dihentikan.

C. Pembahasan kasus

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membandingkan penelitian ini dengan teori dan hasil penelitian orang lain sebelumnya yang terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien post op laparotomi, kolostomi dengan indikasi kanker kolon di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dilakukan di IRNA bedah pria dari tanggal 28 maret 2024- 2 April 2024. Kegiatan yang dilakukan meliputi dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pada kasus ini Tn.E (Laki-laki) berusia 52 Th, pasien dulunya mengatakan jarang makan buah dan sayuran, karena pasien tidak terlalu suka dengan buah dan sayuran, pasien juga merupakan perokok aktif dahulunya. Hal ini sesuai dengan penelitian Agi Satria Putranto. (2022) peluang terjadinya kanker kolorektal yang meningkat tajam setelah seseorang berusia 50 Tahun. Menurut analisa peneliti sesuai dengan

teori oleh ducko dan Maecka (2014) menjabarkan faktor resiko terkait dengan gaya hidup yang dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker kolorektal, antara lain : pola makan yang buruk yaitu rendah serat, nutrisi tidak seimbang.

Hasil peneliti selanjutnya yang didapatkan pada Pasien dimana pasien merasakan nyeri pada perutnya dan mengalami gangguan defekasi sebelum masuk rumah sakit dengan keluhan sulit BAB, BAB berdarah dan feses berwarna coklat kehitaman, keluhan yang dirasakan pasien ini sesuai dengan teori (Sayuti, 2019) yang menjelaskan bahwa manifestasi dari kanker kolorektal ditandai dengan perubahan buang air besar, diare atau sembelit, ditemukannya darah baik merah, terang, gelap di feses, dan mengalami sakit perut.

Pada Pasien dilakukan penatalaksanaan terhadap penyakitnya yaitu dengan pembedahan laparatomi kolostomi, yang dimana ketika peneliti mengkaji yaitu pada tanggal 28 Maret 2024 merupakan hari ke 2 pasien pasca operasi, menurut penelitian yang dilakukan felia (2020), penatalaksanaan pada pasien ca colorectal adalah pembedahan laparatomi, hal ini didukung dengan penelitian kolostomi. Pendapat tersebut juga sejalan dengan teori Black J. M, 2021 yang mengatakan kolostomi diperlukan untuk kanker kolorektal. Pasien dilakukan tindakan kolostomi pada bagian kiri bawah abdomen dan bersifat permanen.

Pada Pasien didapatkan hasil labor dimana peningkatan leukosit yaitu Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan leukosit $14.500/\text{mm}^3$. Penelitian yang dilakukan oleh (Amalina, Suchitra, & Saputra, 2018) Pemeriksaan penunjang berupa jumlah leukosit menunjukkan sembilan puluh persen pasien post operasi menunjukkan peningkatan hitung jumlah leukosit antara $10.000 \text{ sel}/\mu\text{l}$ sampai dengan $15.000 \text{ sel}/\mu\text{l}$.

Leukosit melebihi 18.000-20.000 sel/ μ l menandakan kemungkinan telah terjadi infeksi akibat luka bekas operasi .

Ditinjau dari segi usia, maka usia lanjut berkaitan dengan banyak perubahan struktural dan fungsional yang menyebabkan kulit dan jaringan subkutis lebih rentan terhadap infeksi karena menurunnya imunitas dari tubuh seseorang sehingga menurunkan respon tubuh terhadap infeksi. Menurut peneliti peningkatan leukosit pada pasien post operasi kanker kolorektal karena merupakan respon fisiologis dari tubuh dimana ketika pada tubuh terdapat luka baik yang disengaja atau tidak maka tubuh akan berespon dengan mengirimkan leukosit ke daerah luka untuk melawan bakteri. Sehingga kejadian ini menyebabkan terjadinya peningkatan leukositosis atau peningkatan leukosit

Berdasarkan hasil diatas terdapat kesamaan antara hasil peneletian dengan teori yang didapatkan.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus ini peneliti mendapatkan dari analisis data setelah melakukan pengkajian yaitu ada 4 diagnosis ; nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik, resiko infeksi, defisit nutris berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient dan juga ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

1) Nyeri akut b/d agen pencidera fisik

Menurut SDKI, 2016 nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Pada Pasien diagnosis keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik data subjektif dan objektif

yang menunjang masalah keperawatan ini adalah pasien mengeluh nyeri pada luka pasca operasinya, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk skala nyeri yang dirasakan pasien 7 nyeri bertambah jika pasien memiringkan badan ke kakan dan kekiri,

Menurut Wira Ditya (2016) dampak dari tindakan pembedahan yang telah dilakukan bisa mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh sehingga menimbulkan nyeri, hal ini sesuai dengan keluhan Pasien yaitu merasa nyeri pasca operasi di bagian abdomennya. Menurut peneliti terdapat kesesuaian antara kasus dengan teori yang ada.

2) Resiko Infeksi d/d efek prosedur invasif

Risiko infeksi merupakan kondisi dimana individu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2017). Pada Pasien diagnosis keperawatan yang muncul yaitu resiko infeksi yang dibuktikan dengan efek prosedur invasif, data subjektif dan objektif yang menunjang masalah keperawatan ini adalah pasien mengatakan luka pasca operasinya tampak merah, pasien mengatakan lukanya terasa nyeri apabila tersinggung oleh tangannya,

Peneliti menegakkan diagnosa tersebut dikarenakan dalam pengkajian ditemukan data subjektif pasien mengeluh nyeri di bagian luka post operasi laparatomi dan kolostomi di bagian abdomen kiri, kadar leukosit 14. 500/ mm³.

Peneliti merumuskan diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif sebagai diagnosa kedua karena tindakan bedah laparatomi yang dilakukan pada pasien menghasilkan luka di bagian perut. Kebanyakan operasi bedah digestif tergolong dalam kategori terkontaminasi (clean and dirty) akibatnya memiliki risiko infeksi

yang lumayan tinggi yakni sekitar 20 - 40 %. Jika tidak dilakukan perawatan luka yang baik dan benar (Nirbita et al., 2017).

3) Defisit Nutrisi

Menurut SDKI, 2016 defisit nutrisi adalah pasien yang mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Pasien mengatakan bahwa ia tidak nafsu makan dan sejak 1 bulan yang lalu berat badannya menurun dari 68 kg menjadi 50 kg, pasien merasakan mual dan porsi makan yang dihabiskan hanya sedikit.

Pada penelitian Marischa Silvia, 2017 yang menjelaskan pada pasien kanker metabolisme zat tersebut mengalami perubahan dan berpengaruh pada penurunan berat badan, hipermetabolisme sering terjadi pada pasien kanker, peningkatan metabolisme ini sampai 50% lebih tinggi dibanding pasien bukan kanker.

4) Ansietas

Ansietas merupakan suatu kondisi emosi dan pengalaman subjektif dari seorang manusia terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik yang disebabkan oleh perkiraan bahaya yang mengharuskan individu untuk melakukan aksi untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017) dimana Pasien merasakan kecemasan terhadap penyakitnya dan berfikir tidak dapat sembuh oleh karena itu peneliti menegakkan diagnosa keperawatan.

Menurut penelitian Jastin, (2022), diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien kanker rektum adalah adalah ansietas yang merupakan rasa kekhawatiran dan rasa takut terus menerus sehubungan dengan kondisi yang dialaminya, pasien mengeluhkan khawatir, takut mengalami kecacatan dan tidak bisa beraktifitas seperti sebelumnya.

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan pasien/individu, keluarga dan komunitas (SIKI,2018).

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik sesuai dengan (SIKI) adalah manajemen nyeri, tindakan yang dilakukan berupa identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri serta kolaborasi pemberian analgetik. Salah satu intervensi yang dilakukan pada Tn E adalah manajemen nyeri yaitu dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Menurut Smeltzer et al(2020) teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri.

Rencana asuhan keperawatan pada Pasien dengan diagnosa resiko infeksi yang berhubungan dengan efek prosedur invasif yaitu dengan perawatan luka sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yaitu memonitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik. Pada penelitian dilakukan oleh (Zhao et al., 2020) .

Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptic. Upaya untuk

mempertahankan tingkat aseptik yang disyaratkan memang merupakan tantangan ketika menghadapi masalah pertumbuhan mikroorganisme yang cepat dan tidak terlihat, reservoir mikroorganisme, dan rute penularan yang kompleks. Perawat perioperatif berperan penting dalam pencegahan ILO, terutama memperhatikan teknik aseptik yang sesuai dengan prosedur (Alkaaki et al.,2019).

Rencana yang dilakukan dengan masalah keperawatan defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu dengan manajemen nutrisi, aktivitas yang dilakukan adalah identifikasi status nutrisi, alergi dan intoleransi makanan, makanan yang disukai, monitor asupan makan, monitor berat badan, fasilitasi menentukan pedoman diet, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, dan ajarkan diet yang diprogramkan. Intervensi yang dilakukan pada Pasien adalah mengidentifikasi status nutrisi, alergi dan intoleransi makanan, makanan yang disukai, monitor asupan makan, monitor berat badan, memfasilitasi menentukan pedoman diet.

Pada masalah keperawatan Ansietas, rencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun (SLKI L.093 Halaman 132).

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas diantaranya 1) identifikasi saat tingkat ansietas pasien berubah untuk mempersiapkan intervensi yang akan dilakukukan 2) monitor tanda tanda ansietas baik verbal maupun non verbal guna mengetahui tingkat ansietas pasien, 3) anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien

melibatkan keluarga dalam setiap tindakan keperawatan 4) diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang membantu pasien mengidentifikasi tentang peristiwa yang bisa dilakukan saat sembuh. Penelitian yang dilakukan oleh (Palla et al., 2018) mengatakan dukungan keluarga juga memiliki peranan yang penting dalam menurunkan kecemasan pada pasien post operasi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut difokuskan pada keluhan nyeri, kontrol nyeri, dan kemampuan pasien dalam menggunakan teknik non farmakologis. Melihat kasus tersebut dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan,

Pada studi kasus ini peneliti menggunakan metode untuk mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan drip tramadol pada pasien guna mengurangi rasa nyeri, menurut peneliti hal ini sejalan dengan penelitian (weni,2017) tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu memberikan teknik farmakologis kepada pasien, menurut analisa peneliti tindakan yang tidak sama dengan dilakukan peneliti yaitu dengan memberikan teknik non farmakologis, yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, ini bertujuan untuk menurunkan nyeri

Menurut analisa peneliti, pada kasus ini di rumah sakit tidak ada dilakukannya implementasi nonfarmakologis nyeri akut yaitu mengajarkan teknik nafas dalam, oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan teknik non farmakologis dengan melakukan teknik nafas dalam pada pasien.

2) Resiko Infeksi

Menurut peneliti Tindakan yang dilakukan pada masalah risiko infeksi difokuskan pada tingkat infeksi dan pencegahan infeksi. Tingkat infeksi dinilai melalui tanda-tanda adanya infeksi pada sekitar luka seperti bengkak, kemerahan, panas, nyeri, pada daerah luka, jika semua tanda infeksi tersebut terdapat pada pasien maka luka pasien dianggap mengalami infeksi. Pencegahan infeksi dilakukan dengan cara mengganti kantong kolostomi bag setiap selesai BAB, sebelum dan sesudah memegang luka kolostomi harus menggunakan APD dan cuci tangan 6 langkah. Mempertahankan prinsip aseptik pada setiap tindakan yang dilakukan pada pasien, memonitor kadar leukosit, melakukan rawat luka kolostomi setiap 2 hari sekali. Hal ini sejalan dengan penelitian Dwi Putri (2021) dimana ia melakukan tindakan pada pasien dengan diagnosa resiko infeksi yaitu dengan melakukan perawatan kolostomi 2 hari sekali.

3) Defisit Nutrisi

Pada implementasi yang dilakukan adalah identifikasi status nutrisi, alergi dan intoleransi makanan, makanan yang disukai, monitor asupan makan, monitor berat badan, fasilitasi menentukan pedoman diet, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, dan ajarkan diet yang diprogramkan. Intervensi yang dilakukan pada Pasien adalah mengidentifikasi status nutrisi, alergi dan

intoleransi makanan, makanan yang disukai, monitor asupan makan, monitor berat badan, memfasilitasi menentukan pedoman diet. Diet yang diberikan pada Tn E yaitu makanan lunak dengan tinggi protein dengan kolaborasi dari ahli gizi.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Fandi 2018) dengan diagnosa Defisit nutrisi dengan ketidakmampuan mencerna makanan, implementasi nya (mengkaji alergi klien, mengkolaborasi dengan ahli gizi, menganjurkan klien untuk memeperbanyak makanan mengandung vitamin c dan tinggi protein, memberikan informasi kebutuhan nutrisi, memonitor mual dan muntah, menyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat.

4) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Implementasi untuk mengatasi masalah kecemasan fokus pada dukungan keluarga, dengan pengasuh selalu mendampingi pasien dan mendorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan emosional. Jelaskan terlebih dahulu kepada keluarga mengenai perawatan kolostomi, tata cara pemasangan kolostomi, dan kapan harus mengganti kantong kolostomi, serta yakinkan pasien bahwa pemasangan kolostomi merupakan prosedur yang diperlukan. Tujuan pemasangan kolostomi adalah untuk memperlancar buang air besar pasien dan menghindari berkembangnya komplikasi penyakit dan perburukan gejala. \

Hal ini sejalan dengan penelitian Dwi Putri (2021) dimana melakukan implementasi dengan dukungan keluarga dan membina hubungan saling percaya agar ansietas dari pasien tidak berlebihan.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan dengan cara mengkaji ulang kondisi pasien dengan mempertimbangkan kondisi sebelum dan setelah diberikan intervensi kepada pasien, serta melakukan penilaian terhadap respon pasien untuk menentukan rencana perawat terhadap pasien perlu dirubah atau tidak. Hal terpenting dalam evaluasi yaitu dokumentasi, dimana perawat harus mendokumentasikan dan mencatat kegiatan keperawatan yang dilakukan serta hasil intervensi (Yunike, dkk. 2022).

Evaluasi yang dilakukan peneliti dari tanggal 28 Maret 2024 sampai dengan tanggal 2 April 2024 didapatkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik teratasi pada hari ke 5 dengan kriteria hasil nyeri berkurang dan pasien mampu mengontrol nyeri setelah diajarkan teknik nafas dalam.

Pada masalah keperawatan resiko infeksi di hari ke 5 masalah teratasi dengan kriteria hasil luka tampak mulai mengering, tidak ada kemerahan disekitar luka, pasien mengatakan sudah mulai bisa membersihkan kantong kolostomi dibantu oleh keluarganya.

Evaluasi pada masalah keperawatan defisit nutrisi adalah teratasi sebagian pada hari ke 6, pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik, mukosa bibir tampak lembab, berat badan pasien mulai naik, dilanjutkan dengan tetap mengikuti diit yang diberikan oleh ahli gizi. Menurut analisa peneliti, dari hasil evaluasi keperawatan yang telah dilakukan, pasien masih melanjutkan diit makanannya dirumah dengan mengkonsumsi makanan yang tinggi protein.

Selanjutnya evaluasi pada masalah keperawatan ansietas pada hari ke 4 sudah teratasi dengan kriteria hasil pasien tidak cemas lagi dengan penyakitnya dan mulai menerima kondisinya, dan perasaan berdebar-debar dan gelisah sudah hilang dan intervensi dihentikan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada partisipan Tn E di Ruang Irna Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024, didapatkan kesimpulan sebagai berikut ; hasil pengkajian yang didapatkan pada kasus kanker kolon sigmoid yaitu pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 7, pasien tampak gelisah dan meringis, semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Dan berat badan pasien yang menurun serta adanya tingginya leukosit pasien dan juga rendah protein dan pasien merasa cemas terhadap penyakitnya.

Rumusan diagnosis keperawatan yang muncul pada partisipan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik, resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Tahap perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan Tn. E adalah manajemen nyeri, pencegahan infeksi, manajemen nutrisi dan reduksi ansietas. Tahap pelaksanaan tindakan keperawatan yang berpedoman pada rencana keperawatan yang telah dibuat dan didokumentasikan pada catatan perkembangan partisipan. Implementasi yang dilakukan adalah memberikan teknik nonfarmakologis dalam mengatasi nyeri yaitu teknik relaksasi nafas dalam, pencegahan infeksi yaitu perawatan stoma, membatasi jumlah pengunjung, manajemen nutrisi yaitu memberikan makanan tinggi protein dan asupan cairan, mengurangi tingkat kecemasan.

Hasil evaluasi yang didapatkan selama 6 hari yaitu tanggal 28 Maret 2024 – 2 April 2024 yaitu masalah nyeri akut teratasi, resiko infeksi teratasi, defisit nutrisi teratasi sebagian dan ansietas teratasi pada hari ke 4.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini menambah kemampuan dan pengalaman belajar peneliti dalam keperawatan medical bedah terutama pada kasus kanker rektum serta menambah wawasan dan ilmu pengetahuan peneliti tentang keperawatan pada pasien kanker kolon

2. Bagi Rumah Sakit penerapan asuhan

Semoga studi kasus yang peneliti lakukan pada Pasien Kanker Rektu di Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang dapat bermanfaat bagi Rumah Sakit terutama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dan diharapkan kepada pihak pimpinan dan manajemen Rumah Sakit untuk melakukan penyegaran kepada perawat tentang teknik non farmakologis salah satunya kepada perawat ruangan agar memberikan teknik relaksasi yang diberikan untuk menurunkan tingkat nyeri yang diberikan bersamaan dengan farmakologis (terapi obat).

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat menambah studi kepustakaan dan menjadi masukan yang berguna dan bermanfaat

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, T. (2020). The Potential of Active Metabolites in Cruciferous Vegetables to Inhibit the Growth of Cancer Cells. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 459-472.
- Arkianti, M. M. Y. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolonrektal: studi kasus. *JURNAL KEPERAWATAN CIKINI*, 4(1), 46-51
- Astuti, N. S. A., Rafli, R., & Zeffira, L. (2019, January 1). Profil dan Kesintasan Penderita Kanker Kolorektal di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Health & Medical Journal*, 1(1), 45–49. <https://doi.org/10.33854/heme.v1i1.218>
- ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH : Sistem Pencernaan dan Endokrin. N.p., PT. Sonpedia Publishing Indonesia, 2023.
- Bare & Smeltzer. (2018). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart (Alih bahasa Agung Waluyo). Edisi 8 vol.3. Jakarta :EGC
- Black, J.M., Hawks, J.H. (2009). Medical Surgical Nursing. Ed 8. Sauder Elsevier.
- Claessens I., Probert R., Tielemans C., Steen A., Nilsson C., Andersen BD, Størling ZM (2015). Studi kehidupan ostomi: Sekilas tantangan sehari-hari yang dihadapi oleh orang-orang yang hidup dengan stoma. *Keperawatan Gastrointestinal* ,
- Damayanti, N. A. (2018). *DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT STRES PADA PASIEN KANKER KOLON YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RUANG CENDRAWASIH RSUP DR KARIADI* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Semarang).
- Haryono, Rudi. 2012. Keperawatan Medical Bedah Sistem Pencernaan. Yogyakarta : Gosyen Publisherr
- Ida Mardalena, I. M. (2018). Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan.
- Kozier, B., Erb, G., Snyder S., Berman, A. (2009). Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis. Ed.5. EGC. Jakarta

- Morgan, E., Arnold, M., Gini, A., Lorenzoni, V., Cabasag, C. J., Laversanne, M., ... & Bray, F. (2023). Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: Incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Gut*, 72(2), 338-344.
- Murwaningsih, E., & Waluyo, A. (2021). Manajemen Perawatan Luka Akut. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(2), 546-554.
- Otani, Kensuke, et al. "Colon cancer with perforation." *Surgery today* 49 (2019): 15-20.
- Pajong, Y. E. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. JM Dengan Diagnosa Medik Kanker Usus Di Ruang Asoka Rsud Prof. Dr. WZ Johannes Kupang* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Kupang).
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2006). Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. *Jakarta: Egc*, 4(2), 1127-1128.
- Rangki, L., Ibrahim, K., & Nuraeni, A. (2017). Pengalaman hidup pasien stoma pasca kolostomi di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung Jawa Barat tahun 2014. *OJS. UHO*, 5(1), 394-401.
- Sayuti, M., & Nouva. (2019). Kanker Kolorektal . *Jurnal Averrous Volume 5 Nomor 2*, 76-88
- Stricker L., Hocevar B., Asburn J. (2016). Komplikasi stoma tinja dan saluran kemih. Dalam J. Carmel, J. Colwell, & M. Goldberg (Eds.), *Kurikulum Inti Masyarakat Perawat Luka, Ostomi dan Kontinensia: Manajemen Ostomi* (hlm. 90–97). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Susanti, E., & Kholisoh, N. (2018, June 29). KONSTRUKSI MAKNA KUALITAS HIDUP SEHAT (Studi Fenomenologi pada Anggota Komunitas Herbalife Klub Sehat Ersanddi Jakarta). *LUGAS Jurnal Komunikasi*, 2(1), 1–12.
- Susanti, E., & Kholisoh, N. (2018, June 29). KONSTRUKSI MAKNA KUALITAS HIDUP SEHAT (Studi Fenomenologi pada Anggota Komunitas Herbalife Klub Sehat Ersanddi Jakarta). *LUGAS Jurnal Komunikasi*, 2(1), 1–12.

- Tarwoto, & Wartonah. (2011). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Vogel, J. D., Felder, S. I., Bhama, A. R., Hawkins, A. T., Langenfeld, S. J., Shaffer, V. O., ... & Paquette, I. M. (2022). The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of colon cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 65(2), 148-177
- Isabela. 2018. "Gambaran Karakteristik Pasien Wound Dehiscence Menurut Variabel Rotterdam Di RSUD Kota Bandung." *Jurnal Ilmu Keperawatan* IV(2): 111–15.
<https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/view/862>.

Lampiran 1

Lampiran 1.

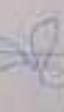
Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparotomi dan Kolostomi dengan Infeksi kanker Kolin di Ruang Iru Bedah RSTUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024

JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS LAMBAH

No.	Kegiatan	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1.	Mengumpulkan Referensi											
2.	Konsultasi judul dengan Pembimbing											
3.	Bantuan Proposal											
4.	Konsultasi Proposal											
5.	Pembuatan Minisitat Proposal											
6.	Sidang Proposal											
7.	Perbaikan Proposal											
8.	Penyusunan Data, Pelaksanaan penelitian, dan Pengumpulan KTI											
9.	Konsultasi Hasil											
10.	Sidang Hasil											
11.	Perbaikan KTI											
12.	Pengumpulan KTI											
13.	Publikasi											

Padang, 10 Juni 2024

Pembimbing 1



No. Dinda Rizki S. Rizki, M. BSc
NIP. 1973050519954032002

Pembimbing II



No. Yosi Suryaningsih, M. Kap. Sp. MH
NIP. 197507181998012003

Mahaasiswa



Afrida Yanti
NIM: 21310082



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (Hunting)
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>
Email : direktorat@poltekkes-pdg.ac.id



Nomor : PP-03.01/4296/2023
Perihal : *Izin Pengambilan Data*

30 Agustus 2023

Kepada Yth. :

Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Di

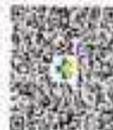
Tempat

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. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Pengambilan Data** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (nama mahasiswa terlampir)

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

03 September 2023
Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang,



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP 197205281995032001

Lampiran Surat Tugas
 Nomor : PP.03.01/4298/2023
 Tanggal : 03 September 2023

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN PENGAMBILAN DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Tasya Yolanda Putri	213110152	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirkosis Hepatis Di RSUP Dr M. Djamil Padang
2	Pati Rahima Dwi Andini	213110136	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Colon Di RSUP DR. M. Djamil Padang
3	Nasywa Ayumi Sahabila	213110134	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien Dengan Chf Di RSUP DR M Djamil Padang
4	Afrida Yanti	213110082	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Kolostomi Dengan Indikasi Ca Colon Di RSUP DR. M. DJAMIL, PADANG
5	Elisa Safini	213110102	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Di RSUP Dr M. Djamil Padang.
6	Melissa Tri Andara	213110128	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB Di RSUP Dr M. Djamil Padang
7	Alifa Ramadhani	213110084	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUP Dr M.Djamil Padang
8	Faulan Hamdani	213110106	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Fisik Pada Pasien Fraktur Femur Di RSUP Dr M.Djamil Padang
9	Dindriana Azzahra	213110088	Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien TB Paru Di RSUP Dr M. Djamil Padang
10	Fitria Fatma	213110110	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Mammae Di RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
11	Atika Sania Azzahra	213110091	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Ca Mammae Di RSUP DR.M.DJAMIL PADANG

12	Adilla Salsabila	213110081	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Dengan CHF Di Bangsal Jantung RSUD DR. M.Djamil Padang
13	Gianna Daryus	213110114	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Rsup Dr. M.Djamil Padang
14	Marshelinda Syahrani aryetti	213110125	Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia Di IRNA Kebidanan Dan Anak Rsup Dr. M.Djamil Padang
15	Intan Ismawandary	213110117	Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan Di IRNA Kebidanan Dan Anak Rosp Dr. M.Djamil Padang
16	Duranah fakhira	213110101	Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Leukemia Limfoblastik Akut Di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUD Dr.M Djamil Padang
17	Diva Ayunda Putri	213110109	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Nutrisi Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Rsup Dr. Mdjamil Padang
18	Gebi Rahmadia Putri	213110112	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di RSUD Dr.Mdjamil Padang
19	Haftahtul Amanah	213110115	Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Hidrosefalus Di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang
20	Alia Salsabila Effendi	213110083	Asuhan Keperawatan Gangguan Aman Nyaman Pada Pasien Decubitus Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
21	Riski Walidaiya	213110141	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Cedera Kepala Di Ima Bedah Trauma Center Rsup Dr.M.Djamil Padang
22	Viani Patricia	213110155	Asuhan Keperawatan Anak Pada Anak Dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr M Djamil Padang
23	Delvianda Rasyid	213110096	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Di RSUD Dr M

			Djamil Padang
24	Amelia Calista	213110086	Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe 2 Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUP Dr.M.Djamil Padang
25	Atika Rizki Amalia	213110090	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Payudara Di RSUP Dr.M.Djamil Padang
26	Melisa Melani	213110127	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien Efusi Pleura Di RSUP Dr. M. Djamil Padang
27	Siti Aisyah Alfira	213110147	Asuhan Keperawatan Pada Pasien CJD Di RSUP Dr. M. Djamil Padang
28	Ihwa Inrah Puri	213110097	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Simbis Hepatis Di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang.



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP 197205281995032001



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Telp. (0751) 32371, 819253, 819254, fax 245

Email : drjat.m@jamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: DP.03.01/XVI.1.3.2/ast/IX/2023

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

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Hal : Izin Survei Awal

Tanggal : 11 September 2023

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 : Afrida Yanti
NIM/BP : 213110082
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bcpak/ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Post OP Kolostomi dengan Indikasi Ca Colon di RSUP Dr. M. Djamil Padang "

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

dr. Hendra Permans, Sp.S(K), M.Biomed



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (Hunting)
 Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>
 Email : direktorat@poltekkes-pdg.ac.id



Nomor : PP.03.01/2274/2024
 Perihal : **Penelitian**

13 Februari 2024

Kepada Yth. :

Kepala direktur RSUP Dr. M.Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Genap TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Penelitian** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

NO	NAMA	NIM	JUDUL KTI	LAMA PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Afrida Yanti	213110082	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Laparotomi dan Kolostomi Dengan Indikasi Kanker Kolon di Ruang Irma Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024	15 Februari - 20 April 2024	RSUP Dr. M. Djamil Padang

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

Direktur Politeknik Kesehatan
 Kementerian Kesehatan Padang,



RENDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa



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 : rsupdjamil@yahoo.com



Nomor : DP.04.03/D.XVI.2.31.222/2024

19 Februari 2024

Perihal : Izin Melakukan Penelitian
 a.n. Afrida Yanti

Yang terhormat,
 Direktur Poltekkes Padang
 Di

Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Padang Nomor. PP.03.01/2274/2024 tanggal 13 Februari 2024 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Afrida Yanti
 NIM/BP : 213110082
 Institusi : DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di RSUP. Dr. M. Padang, dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparotomi dan Kolostomi Dengan Indikasi Kanker Kolon di Ruang Ina Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024 "

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 Tim Kerja Penelitian RSUP. Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/upload link: bit.ly/litbangrsupmdjamil).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

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

a.n. Manajer Penelitian
 Asisten Manajer Penelitian

Ns. Alfiri, M.Kep, Sp.MB
 NIP. 197510102002121003

Tembusan :

1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan





Kementerian Kesehatan
RS M. Djamil

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang
(0751) 8956666
<https://rsdjamil.co.id>

SURAT KETERANGAN
DP.04.03/D.XVL.2.3/.660.2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Alfiri, M.Kep, Sp.MB
NIP : 197510102002121003
Jabatan : Asisten Manajer Penelitian

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Afrida Yanti
NIM/BP : 213110082
Institusi : DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap (Bedah) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 28 Maret 2024 s/d 02 April 2024, guna pembustan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dan Kolostomi Dengan Indikasi Kanker Kolon di Ruang Ima Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024 "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 31 Mei 2024

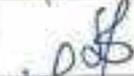
a.n. Manajer Penelitian
Asisten Manajer Penelitian



Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://whs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://te.kominfo.go.id/verifPDF>.

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

Nama : Afrida Yanti
 Nim : 213110082
 Pembimbing I : Ns.Hj. Defia Roza, S.Kep,M.Biomed.
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Kolostomi dengan Indikasi Ca Colon di Ruang IRNA Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1		Acc judul	
2	27-10-2023	Perbaiki latar belakang	
3	24-10-2023	Perbaiki latar belakang	
4	20-12-2023	Perbaiki BAB I, lanjut BAB II	
5	1-1-2024	Perbaiki BAB II	
6	8-1-2023	Acc utk ujian	
7	28-05-2024	Emendasi Abstrak	
8	29-05-2024	Lanjut pembahasan	
9	7-06-2024	Perbaiki abstrak	
10	11-06-24	Perbaiki abstrak	

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

Nama : Afrida Yanti
 Nim : 213110082
 Pembimbing II : Ns. Yossi Suryarinilsih, M.Kep., Sp.Kep, MB
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Kolostomi dengan Indikasi Ca Colon di Ruang IRNA Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	15-10-2023	Acc Juku	
2	24-10-2023	Perbaiki latar belakang	
3	30-11-2023	Perbaiki bab II	
4	4-1-2024	Perbaiki bab II - lanjut bab II	
5	8-1-2024	Perbaiki bab III	
6	9-1-2024	Acc Uzu proposal	
7	28-05-2024	Bimbingan Abstrak, lanjut BAB 9	
8	29-05-2024	Perbaikan BAB 9	
9	6-06-2024	Lanjut abstrak	
10	11-06-2024	perbaikan abstrak	

11	12-06-2009	Acc. Upr. haml.	

Menyetujui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan RI Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep. M.Kep
NIP.19750121 199903 2 005

INFORMED CONCENT
(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : Tn. E

Umur/Tgl. Lahir : 52 thn / 1 JANUARI 1972

Penanggung Jawab : SUTMA WARIADI

Hubungan : ISTRI

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi reponden pada penelitian atas nama Afrida Yanti, Nim 213110082, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

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

Padang, 28 MARET 2024

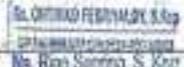
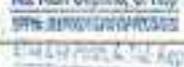
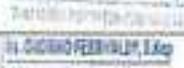
Responden

()

POLTEKKES KEMENKES PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Afrida Yanti
 Nim : 213110082
 Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
 Ruangan : Bedah Pria RSUP Dr. M.Djamil Padang

NO	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan
1	Ramis / 28 Maret 2024	G.N.K.	 N. Othman Firdausy, S.Kep SPN. BERSHIFTER PADANG
2	Jumat / 29 Maret 2024	 N. Othman Firdausy, S.Kep SPN. BERSHIFTER PADANG	
3	Sabtu / 30 Maret 2024	 N. Riha Septina, S. Keperawatan SPN. BERSHIFTER PADANG	
4	Minggu / 31 Maret 2024	 N. Othman Firdausy, S.Kep SPN. BERSHIFTER PADANG	
5	Senin / 01 April 2024	 N. Othman Firdausy, S.Kep SPN. BERSHIFTER PADANG	
6	Selasa / 02 April 2024	 N. Othman Firdausy, S.Kep SPN. BERSHIFTER PADANG	

Mengetahui,
Kepala Ruangan


N. Nita Fatmahanik, S. Keperawatan
SPN. BERSHIFTER PADANG



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO PADANG TELP. (0751) 7051300 PADANG 25146



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR

NAMA MAHASISWA : Afrida Yanti
NIM : 213110082
RUANGAN PRAKTIK : Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang

A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. Identitas Klien

Nama : Tn. E
Umur : 52 Th
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SLTA
Alamat : Desa Koto Rayo Tabir Merangin

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Ny. S
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Desa Koto Rayo Tabir Merangin
Hubungan : Istri

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 22 Maret 2024
No. Medical Record : 01.21.43.03
Ruang Rawat : Bedah Pria
Diagnosa Medik : Adeno Ca Sigmoid Post Laparatomy+Kolostomi
Yang mengirim/merujuk : Rujukan Rumah Sakit Siti Rahmah
Alasan Masuk : Pasien mengalami keluhan nyeri perut dikiri dan susah BAB

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk : Pasien Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 22 Maret 2024 pada pukul 19.00 WIB, pasien merupakan rujukan dari RS Siti Rahmah, sebelumnya pasien di RS Siti Rahmah dilakukan pemeriksaan kolonoskopi dan diduga suspect ca colon. Pasien masuk dengan keluhan 1 Bulan yang lalu mengalami BAB berdarah dan sulit BAB disertai dengan lendir, pasien merasakan nyeri diperutnya dan sejak 2 bulan ini mengatakan nafsu makannya menurun dan merasakan mual, berat badan pasien turun 18kg dalam 2 bulan belakangan.

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) : Saat dilakukan pengkajian pada hari Sabtu 28 maret 2024 pukul 08.00 WIB di ruang irna bedah pria, pasien post op laparatomy+ kolostomi 2 hari yang lalu, dengan keadaan tampak lemah, pasien mengeluhkan nyeri pada abdomen bekas operasi dengan skala 7, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri terasa berat ketika miring kanan dan miring kiri. Pasien mengeluh tidak nyaman saat tidur dan sulit beraktivitas. Pasien terpasang kolostomi disebelah kiri, pasien mengatakan sulit bergerak karena bekas pembedahan, terdapat bekas luka post op pada abdomen sepanjang ± 13 cm dan ditutupi perban, tampak merah disekeliling kolostomi pasien dan ada cairan berwarna coklat kehitaman, pasien mengatakan tidak nyaman dengan kolostominya dan mengatakan ingin menukar kantongnya dengan yang bersih dan pasien dan keluarga berkata tidak mengerti dengan perawatan kantong kolostominya, pasien mengatakan berat badannya turun dari 68kg menjadi 50kg pada saat sakit

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu : Pasien mengatakan jarang makan buah dan sayuran, karena pasien tidak terlalu suka dengan buah dan sayuran.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Tidak ada keluarga yang sama penyakitnya dengan pasien.

5. Kebutuhan Dasar

a. Makan

Sehat : Pada saat sehat pasien mampu makan 3x sehari dengan porsi sedang, pasien makan nasi dengan lauk ikan, ayam dan daging, pasien jarang mengkonsumsi buah-buahan dan pasien malas makan sayur

Sakit : pada saat sakit pasien hanya menghabiskan makanan $\frac{1}{2}$ dari porsi yang disediakan, pasien mengatakan kurang nafsu makan dan merasa mual ketika makan.

b. Minum

Sehat : Pada saat sehat pasien mampu minum dalam sehari sebanyak 7-8 gelas

Sakit : Pada saat sakit pasien hanya minum sebanyak 4-5 gelas dalam sehari

c. Tidur

Sehat : Pada saat sehat pasien tidur dengan nyenyak tanpa terbangun, pasien tidur dengan cukup waktu 6-8 jam

Sakit : Pada saat sakit pasien hanya tidur 5-6 jam sehari, dan pasien mengatakan tidurnya terganggu karena pasien merasakan nyeri pada abdmennya, dan tidur pasien sering terbangun.

d. Mandi

Sehat : Pada saat sehat, pasien mandi 2x sehari, tanpa dibantu, pasien mandiri

Sakit : Pada saat sakit pasien mandi 1x sehari ketika badan sudah terasa lengket, pasien mandi dibantu oleh istrinya.

e. Eliminasi

Sehat : Pada saat sehat pasien BAK, dan BAB tidak ada masalah dan keluhan

Sakit : Pada saat sakit pasien mempunyai keluhan yang muncul pertama pada saat BAB yaitu sulit buang air besar dan pernah fesesnya berdarah dan berwarna coklat kehitaman. Pada saat sakit BAK pasien tidak ada masalah.

f. Aktifitas pasien

Sehat : Pasien merupakan seorang petani dan sehari-hari diladang, pasien jarang melakukan olahraga.

Sakit : pada saat sakit pasien hanya terbaring lemas di tempat tidur, aktivitas pasien selama sakit dibantu oleh istrinya.

6. Pemeriksaan Fisik

- Tinggi / Berat Badan : 162 cm / 50 kg
- Tekanan Darah : 135/90mmHg
- Suhu : 36,5 °C
- Nadi : 102 X / Menit
- Pernafasan : 22X / Menit
- Rambut : Rambut hitam tidak merata sebagian ada putih, keadaan kepala bersih
- Telinga : kedua telinga utuh, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik.
- Mata : konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik

- Hidung : tidak ada lesi, tidak ada napas cuping hidung
- Mulut : mukosa bibir kering, lidah bersih.
- Leher : tidak ada pembengkakan KGB, tidak ada pembesaran vena jugularis
- Toraks : I : dada simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, pergerakan dada sama kiri dan kanan
P: tidak teraba massa
P: sonor
A: vesikuler, tidak ada tambahan suara nafas
- Abdomen : I : terdapat luka operasi ±13cm di perut tengah dan bagian kiri terpasang kolostomi
P: ada nyeri tekan
P: pekak
A: bising usus normal 20x/menit
- Kulit : turgor kulit buruk, kulit kering
- Ekstremitas : Atas : tangan sebelah kanan
Bawah : tidak ada masalah

7. Data Psikologis

- Status emosional : pasien tidak mudah emosi, emosional stabil
- Kecemasan : pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya sekarang yang sulit beraktifitas.
- Pola koping : koping pasien baik, dimana pasien menerima walaupun berat dengan kondisinya sekarang.

Gaya komunikasi : pasien berkomunikasi menggunakan bahasa indonesia, pasien berbicara jelas dan nyambung serta dapat dimengerti.

Konsep Diri : pasien merasa tidak berdaya akibat penyakit yang dideritanya.

8. Data Ekonomi Sosial :
pasien menggunakan bpjs dalam pengobatannya, pasien seorang petani yang merupakan tulang punggung keluarganya dan pasien dalam kehidupannya berkecukupan.

9. Data Spiritual :
pasien beragama islam, pasien rajin shalat 5 waktu sehari, pasien percaya Allah SWT akan menyembuhkan penyakitnya.

10. Lingkungan Tempat Tinggal

Tempat pembuangan kotoran : pasien memiliki septi tank dibelakang rumahnya dan letaknya jauh dari sumber mata air

Tempat pembuangan sampah : tempat pembuangan sampah pasien yaitu di halaman depan rumahnya setiap pagi hari dan dijemput oleh pengangkut sampah setiap pagi.

Pekarangan : pekarangan pasien selalu bersih karena disapu oleh istrinya setiap hari dipagi hari.

Sumber air minum : sumber air minum pasien yaitu berasal dari sumur yang direbus oleh istrinya

Pembuangan air limbah : pembuangan limbah pasien yaitu kesungai.

11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Leukosit	14.500/mm ³	5000-10.000/mm ³
hemoglobin	11,5 g/dl	12.0-14.0 g/ dL
Trombosit	365.000/mm ³	150.000 – 400.000/mm ³
Natrium	137,9 mmol/L	135 – 145 mmol/L
Kalium	3,81	3,5 – 5 mmol/L
Ureum darah	12 mg/dl	10,0-50,0 mg/dl
kreatinin darah	0,4 mg/dl	0,6-1,1 mg/dl
total protein	5,6 g/dl	6,6-8,7 g/dl

a. Pemeriksaaa Diagnostik :

- Pemeriksaan Kolonoskopi : Suspect Ca Colon

12. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Nacl 0,9%	20tts/ menit	intravena
2.	Inj Ranitidine	2x1	intravena
3.	Metrinidazole	1x 60 ml	Intravena
4.	Drip Tramadol	3x1	intravena

13. Catatan : _____

_____, _____

Mahasiswa,

(_____)

NIM :

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn. E

NO. MR : :

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada luka pasca operasinya 2) Skala nyeri yang dirasakan pasien 7 3) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 4) Pasien mengatakan nyeri bertambah jika pasien miring kanan dan kiri. <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nadi : 102x/menit 2) Pasien tampak meringis 3) Pasien tampak pucat dan gelisah 4) Pasien terbaring lemah 	Agen Pencidera fisik.	Nyeri Akut
2.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan luka pasca operasinya nyeri 2) Pasien mengatakan lukanya terasa nyeri 	Efek Prosedur Invasif	Resiko Infeksi

3.	<p>apabila tersinggung oleh tangannya</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Luka pasien tampak memerah 2) Leukosit : 14.500/mm³ 3) Suhu : 36,5°c <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan tidak nafsu makan 2) Pasien mengatakan badannya lemas 3) Pasien mengatakan merasa tidak nyaman diperutnya 4) Pasien mengatakan berat badannya yang turun dari 68kg menjadi 50 kg <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak lemah 2) Bibir pasien pecah-pecah dan mukosa bibir pasien tampak kering 3) Pasien tampak pucat 4) Penurunan berat badan pasien drastis 	Ketidakmampuan mencerna makanan	Defisit nutrisi
----	---	---------------------------------	-----------------

4.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya 2) Pasien mengatakan suka berdebar debar 3) Pasien mengatakan sulit tidur <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak gelisah 2) pasien tampak pucat 3) RR : 22x/menit 	Krisis Situasional	Ansietas
----	--	--------------------	----------

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. E

NO. MR :

Tanggal Muncul	No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
28/03/2024	1.	Nyeri Akut b.d agen pencidera fisik		
28/03/2024	2.	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif		
28/03/2024	3.	Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan		
28/03/2024	4.	Ansietas b.d krisis situasional		

PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. E

NO. MR :

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 5) Kesulitan tidur menurun 6) Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) <p>Edukasi ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.	Resiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kerusakan jaringan menurun 2) Kerusakan lapisan kulit menurun 3) Nyeri menurun 4) Perdarahan menurun 	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
3.	Defisit Nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nafsu makan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keinginan makan membaik 2) Asupan makanan membaik 3) Kemampuan menikmati makanan membaik 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

			<p>Terapeutik ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, jika mampu <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.
4.	Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam, diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi kebingungan menurun 2) verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3) perilaku gelisah menurun 4) perilaku tegang menurun 5) frekuensi nadi menurun 6) pola tidur membaik 	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif dilakukan - identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya - periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan. - Monitor respons terhadap terapi relaksasi. <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan

			<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia.- Anjurkan mengambil posisi yang nyaman- Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi- Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
--	--	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn E

NO. MR :

Hari /Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
28/03/2024	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv : - Mengkaji skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik nafas dalam : <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi senyamannya 2. Tarif nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik 3. Buang perlahan melalui mulut 4. Lakukan selama 3 kali 5. Ulangi kembali ketika merasakan nyeri nya 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Tn. E mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya - Q : Tn E mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri terasa di perut sebelah kiri - S : skala nyeri 7 - T : Tn E mengatakan nyeri terasa saat miring kiri dan kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memegang area dekat perutnya - TD : 135/90 - RR : 22x/menit - N : 102x/menit <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p>	

			<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV - Mengkaji skala nyeri - Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam 	
28/03/2024	Resiko Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yaitu selalu cuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien - Membatasi jumlah pengunjung - Melakukan perawatan kolostomi, kaji warna luka, kolostomi bag terdapat feses konsistensi cair, warna kuning, bau khas 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan bahwa malam ia demam. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit sekitar luka merah - Teraba hangat disekitar luka <p>TD : 135/90 RR : 22x/menit N : 102x/menit S : 36,5 °c</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor karakteristik luka - monitor tanda-tanda infeksi 	

			<ul style="list-style-type: none"> - melakukan perawatan kolostomi - kolaborasi pemberian antibiotik sesuai anjuran dokter 	
28/03/2024	Defisit Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> - monitor ttv - monitor mual muntah - menganjurkan posisi setengah duduk - menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan masih tidak nafsu makan - Tn E mengatakan masih mual <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Bibir pasien tampak kering <p>TD : 135/90</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>N : 102x/menit</p> <p>S : 36,5 °c</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv - Monitor mual muntah - Menganjurkan posisi nyaman ketika makan 	

			- Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	
28/03/2024	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Mengajarkan pasien terapi mural - Mengajarkan pasien mengungkapkan perasaan dan persepsi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan cemas akan penyakitnya - Tn E mengatakan sedih tidak bisa melakukan aktivitas sehari-harinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak gelisah <p>TD : 135/90 RR : 22x/menit N : 102x/menit S : 36,5 °c</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan ansietas belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv - Mengajarkan pasien mural 	

			- Mengajukan pasien mengungkapkan perasaan dan persepsi	
29/03/2024	Nyeri akut	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv : - Mengkaji skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik nafas dalam : <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi senyamannya 2. Tarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik 3. Buang perlahan melalui mulut 4. Lakukan selama 3 kali 5. Ulangi kembali ketika 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Tn. E mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya - Q : Tn E mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri terasa di perut sebelah kiri - S : skala nyeri 5 - T : Tn E mengatakan nyeri terasa saat miring kiri dan kanan - Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan teknik nafas dalam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih tenang <p>TD : 130/97 mmHg RR : 22x/menit N : 100x/menit</p>	

		<p>merasakan nyeri nya</p>	<p>S : 36,5⁰c A: masalah nyeri akut belum teratasi P : Interevensi dilanjutkan dengan melakukan teknik nafas dalam.</p>	
29/03/2024	Resiko Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yaitu selalu cuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien - Membatasi jumlah pengunjung - Melakukan perawatan kolostomi, kaji warna luka, kolostomi bag terdapat feses konsistensi cair, warna kuning, bau khas 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit sekitar luka merah - Teraba hangat disekitar luka <p>TD : 130/97 mmHg RR : 22x/menit N : 100x/menit S : 36,5⁰c</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan memonitor luka bekas operasi</p>	
29/03/2024	Defisit Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> - monitor ttv - monitor mual muntah 	<ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan masih tidak nafsu makan 	

		<ul style="list-style-type: none"> - menganjurkan posisi setengah duduk - menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan masih mual <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Bibir pasien tampak kering <p>TD : 130/97 mmHg RR : 22x/menit N : 100x/menit S : 36,5 °c</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan kolaborasi makanan dengan ahli gizi</p>	
29/03/2024	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Mengajarkan pasien terapi mural - Menganjurkan pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan sudah tidak cemas akan penyakitnya - Tn E sudah mulai memahami tentang penyakitnya dan kecemasannya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat berkurang - Pasien tampak gelisah berkurang 	

		<p>mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>	<p>TD : 130/97 mmHg RR : 22x/menit N : 100x/menit S : 36,5 °c</p> <p>A : Masalah keperawatan ansietas teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
30/03/2024	Nyeri akut	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv : - Mengkaji skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik nafas dalam : <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi senyamannya 2. Tarik nafas melalui hidung lalu tahan selama 3 detik 3. Buang perlahan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Tn. E mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya - Q : Tn E mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri terasa di perut sebelah kiri - S : skala nyeri 3 - T : Tn E mengatakan nyeri terasa saat miring kiri dan kanan - Pasien mengatakan nyeri berkurang 	

		<p>melalui mulut</p> <p>4. Lakukan selama 3 kali</p> <p>5. Ulangi kembali ketika merasakan nyeri nya</p>	<p>setelah melakukan teknik nafas dalam</p> <p>- Pasien mengatakan nyerinya sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <p>- Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TD : 128/100 mmHg</p> <p>RR : 18x/menit</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>S : 36 °c</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Interevensi dilanjutkan dengan melakukan teknik nafas dalam.</p>	
30/03/2024	Resiko Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yaitu selalu cuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien - Membatasi jumlah pengunjung - Melakukan perawatan kolostomi, kaji warna luka, kolostomi bag terdapat feses 	<p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi</p> <p>O :</p> <p>- Warna kulit sekitar luka merah</p> <p>- Teraba hangat disekitar luka</p> <p>TD : 128/100 mmHg</p> <p>RR : 18x/menit</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>S : 36 °c</p> <p>A :</p>	

		konsistensi cair, warna kuning, bau khas	Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan dengan memonitor luka bekas operasi	
30/03/2024	Defisit Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> - monitor ttv - monitor mual muntah - menganjurkan posisi setengah duduk - menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan bahwa makannya sudah enak - Tn E mengatakan tidak ada mual muntah lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas berkurang - Bibir pasien tampak kering berkurang <p>TD : 128/100 mmHg RR : 18x/menit N : 90x/menit S : 36⁰c</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
30/03/2024	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Menciptakan suasana terapeutik 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan sudah tidak cemas akan penyakitnya 	

		<p>untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Mengajarkan pasien terapi mural - Menganjurkan pasien mengungkapkan perasaan dan persepsi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tn E sudah mulai memahami tentang penyakitnya dan kecemasannya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah berkurang <p>TD : 128/100 mmHg RR : 18x/menit N : 90x/menit S : 36 °c</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan ansietas teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
31/03/2024	Nyeri akut	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv : - Mengkaji skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik nafas dalam : 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Tn. E mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya - Q : Tn E mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri terasa di perut sebelah kiri - S : skala nyeri 3 	

			<p>- T : Tn E mengatakan nyeri terasa saat miring kiri dan kanan</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan teknik nafas dalam</p> <p>- Pasien mengatakan nyerinya sudah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <p>- Pasien tampak lebih tenang</p> <p>- Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam</p> <p>TD : 129/95 mmHg RR : 19x/menit N : 87x/menit S : 36⁰c</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Interevensi dilanjutkan dengan melakukan teknik nafas dalam.</p>	
31/03/2024	Resiko Infeksi	- Monitor TTV	S :	

		<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yaitu selalu cuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien - Membatasi jumlah pengunjung - Melakukan perawatan kolostomi, kaji warna luka, kolostomi bag terdapat feses konsistensi cair, warna kuning, bau khas 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi - Pasien merasa risih dengan kantong kolostominya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit sekitar luka merah - Teraba hangat disekitar luka <p>TD : 129/95 mmHg RR : 19x/menit N : 87x/menit S : 36 °c</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan memonitor luka bekas operasi</p>	
31/03/2024	Defisit Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> - monitor ttv - monitor mual muntah - menganjurkan posisi setengah duduk menyajikan makanan secara 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan bahwa makannya sudah enak - Tn E mengatakan tidak ada mual muntah lagi 	

		menarik dan suhu yang sesuai	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas berkurang - Bibir pasien tampak kering berkurang - Berat pasien dari 50kg sudah menjadi 51kg <p>TD : 129/95 mmHg RR : 19x/menit N : 87x/menit S : 36 °c</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
31/03/2024	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Mengajarkan pasien terapi mural - Menganjurkan pasien mengungkapkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan sudah tidak cemas akan penyakitnya - Tn E sudah mulai memahami tentang penyakitnya dan kecemasannya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah berkurang <p>TD : 129/95 mmHg RR : 19x/menit</p>	

		perasaan dan persepsi	<p>N : 87x/menit</p> <p>S : 36 °c</p> <p>- Pasien tampak tenang</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan ansietas teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
01/04/2024	Nyeri akut	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv : - Mengkaji skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik nafas dalam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Tn. E mengatakan nyeri pada bekas luka operasinya - Q : Tn E mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri terasa di perut sebelah kiri - S : skala nyeri 3 - T : Tn E mengatakan nyeri terasa saat miring kiri dan kanan - Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan teknik nafas dalam 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyerinya sudah mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih tenang - Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam <p>TD : 130/90 mmHg RR : 18x/menit N : 88x/menit S : 36 °c</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : Interevensi dihentikan</p>	
01/04/2024	Resiko Infeksi	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yaitu selalu cuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien - Membatasi jumlah pengunjung - Melakukan perawatan kolostomi, kaji warna luka, kolostomi bag 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi - Pasien merasa risih dengan kantong kolostominya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit sekitar luka sudah tidak merah - Teraba hangat disekitar luka <p>TD : 130/90 mmHg</p>	

		terdapat feses konsistensi cair, warna kuning, bau khas	RR : 18x/menit N : 88x/menit S : 36 ⁰ c A : Masalah sudah teratasi P : Intervensi dihentikan	
01/04/2024	Defisit Nutrisi	- monitor ttv - monitor mual muntah - menganjurkan posisi setengah duduk - menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	S: - Tn E mengatakan bahwa makannya sudah enak - Tn E mengatakan tidak ada mual muntah lagi O : - Pasien tampak lemas berkurang - Bibir pasien tampak kering berkurang - Berat pasien dari 50kg sudah menjadi 51kg TD : 130/90 mmHg RR : 18x/menit N : 88x/menit S : 36 ⁰ c A : Masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi	

			P : Intervensi dilanjutkan	
2/ 04/2024	Defisit Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> - monitor ttv - monitor mual muntah - menganjurkan posisi setengah duduk - menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn E mengatakan bahwa makannya sudah enak - Tn E mengatakan tidak ada mual muntah lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas berkurang - Bibir pasien tampak kering berkurang - Berat pasien dari 50kg sudah menjadi 51kg <p>TD : 130/90 mmHg RR : 18x/menit N : 70x/menit S : 36⁰c</p> <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan, berikan dischard planning dengan mengatur pola makan dengan tinggi protein dirumah.</p>	

KTI_Afrida Yanti_213110082.docx

ORIGINALITY REPORT

13%

SIMILARITY INDEX

11%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

7%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan <small>Student Paper</small>	3%
2	repository.poltekkes-kaltim.ac.id <small>Internet Source</small>	2%
3	www.scribd.com <small>Internet Source</small>	1%
4	repo.stikesperintis.ac.id <small>Internet Source</small>	1%
5	Submitted to Universitas Muhammadiyah Sukabumi <small>Student Paper</small>	1%
6	docobook.com <small>Internet Source</small>	1%
7	repositori.usu.ac.id <small>Internet Source</small>	<1%
8	r2kn.litbang.kemkes.go.id <small>Internet Source</small>	<1%
9	123dok.com	