



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
KANKER KOLON DI RUANGAN BEDAH  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**PUTI RAHIMA DWI ANDINI**

**NIM : 213110136**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**TAHUN 2024**



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
KANKER KOLON DI RUANGAN BEDAH  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Kepada Prodi D-III Keperawatan Padang  
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya  
Keperawatan**

**PUTI RAHIMA DWI ANDINI**

**NIM : 213110136**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**TAHUN 2024**

## LEMBAR PENGESAHAN

### LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Putri Rahima Dwi Andini  
NIM : 213110136  
Program Studi : D-III Keperawatan Padang  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker  
Kolon di Ruanggi Bedah RSUD Dr. M. Djamil  
Padang

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

#### Dewan Penguji

Ketua Penguji : Ns. Netti, S. Kep, M. Pd., M. Kep (  )  
Penguji : Ns. Nova Yanti, M. Kep, Sp. Kep. MB (  )  
Penguji : Ns. Siti Dewi Anggreni, M. Kep, Sp. KMB (  )  
Penguji : Ns. Delfa Roza, S. Kep., M. Biotul (  )  
Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes Padang  
Tanggal : 31 Mei 2024

Mengetahui,  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



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

ii

Kemenkes Poltekkes Padang

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada setiap hamba-Nya. Dengan rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang 2024”**.

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

1. Ibu Renidayati M. Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes 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 Kemenkes Poltekkes Padang
4. Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep selaku ketua Prodi D-III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
5. Bapak Ns. Hendri Budi, S. Kep, M. Kep, Sp. MB selaku dosen Pembimbing Akademik

6. Bapak dan Ibu dosen, serta tenaga kependidikan Prodi D-III Keperawatan Padang yang telah memberikan ilmu selama peneliti mengikuti pendidikan di Prodi D-III Keperawatan Padang.
7. Karya Tulis Ilmiah ini peneliti persembahkan sepenuhnya kepada kedua orang hebat dalam hidup peneliti, Ayah dan Bunda. Keduanya lah yang membuat segalanya menjadi mungkin sehingga peneliti bisa sampai pada tahap ini. Terima kasih atas semua cinta yang telah ayah dan bunda berikan kepada peneliti.

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, 21 Mei 2024

Peneliti

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

### PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Puti Rahima Dwi Andini  
NIM : 213110136  
Tempat/Tanggal Lahir : Muaro Patis/28 November 2002  
Tahun Masuk : 2021  
Nama PA : Ns. Hendri Budi, S. Kep, M. Kep, Sp. MB  
Nama Pembimbing Utama : Ns. Sila Dewi Anggreni, M. Kep, Sp. KMB  
Nama Pembimbing Pendamping : Ns. Defla Roza, S. Kep, M. Biomed

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Tulis Ilmiah saya, yang berjudul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang 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, 31 Mei 2024

Yang Menyatakan



(Puti Rahima Dwi Andini)  
NIM. 213110136

Kemenkes Poltekkes Padang

## LEMBAR PERSETUJUAN

### LEMBAR PERSETUJUAN Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Rawat Bedah RSUD Dr. M. Djamil Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Dewan Pengantar Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang, Kemenkes Poltekkes Padang.

Padang, 27 Mei 2024

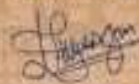
Menyetujui

Pembimbing I



Ns. Sifa Dewi Anggreni, M. Kep., Sp. KMB  
NIP. 19700327 199803 2 002

Pembimbing II



Ns. Defia Roza, S. Kep., M. Biomed  
NIP. 19730503 199503 2 002

Menyetujui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
Kemenkes Poltekkes Padang



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

vi

Kemenkes Poltekkes Padang

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Puti Rahima Dwi Andini  
Nim : 213110136  
Tempat/Tanggal Lahir : Muaro Paiti/28 November 2002  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Alamat : Muaro Paiti, Kecamatan Kapur IX

### Nama Orang Tua

Ayah : Afwan Efendi  
Ibu : Yefni Maswita

### Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1	TK	TK Dharmawanita II	2008-2009
2	SD	SD N 04 Muaro Paiti	2009-2015
3	SMP	SMP N 1 Kec. Kapur IX	2015-2018
4	SMA	SMA N 1 Kec. Kapur IX	2018-2021
5	D-III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2021-2024



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

Karya Tulis Ilmiah, 10 Juni 2024  
Puti Rahima Dwi Andini

**“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang”**

Isi : xii + 61 Halaman + 11 Lampiran

**ABSTRAK**

Kanker kolon adalah suatu bentuk keganasan dari masa abnormal atau neoplasma yang muncul dari jaringan epitel kolon dan menginvasi jaringan sekitarnya. Kanker kolon menjadi kasus kanker terbanyak ketiga di seluruh dunia dengan angka kejadian mencapai 1.148.515 kasus dengan angka kematian sebanyak 576.858 kasus. Berdasarkan data rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2020 terdapat 48 kasus kanker kolon, pada tahun 2021 terdapat 65 kasus kanker kolon, dan pada bulan Oktober hingga Desember 2022 terdapat 21 kasus kanker kolon. Efek sekunder dari pertumbuhan kanker kolon yaitu obstruksi usus, peradangan pada dinding usus, dan perdarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan lubang pada luka dinding usus dan abses, serta menyebarnya metastase pada jaringan lain. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolon di ruang bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Jenis penelitian deskriptif dengan metode studi kasus. Penelitian ini dilakukan dari bulan Agustus 2023 sampai dengan Juni 2024. Asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari dimulai dari 27 Februari sampai 2 Maret 2024. Populasi yang di temukan sebanyak 1 orang. Cara pengambilan sampel dengan cara purposive sampling. Analisa proses keperawatan yang dilakukan peneliti meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil penelitian didapatkan keluhan utama pasien yaitu nyeri perut timbul dengan skala 6, durasi 1-2 menit, nyeri terasa hilang timbul dan berdenyut, BAB berwarna hitam sekitar 3 minggu sebelum masuk rumah sakit, badan terasa lemas, nafsu makan menurun. Nyeri sudah dirasakan sejak 6 bulan yang lalu dan sudah pernah dibawa ke rumah sakit terdekat. Terdapat 4 diagnosis keperawatan yang ditemukan yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), dan resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Hasil evaluasi yang didapatkan setelah melakukan asuhan keperawatan selama 5 hari yaitu nyeri menurun, ansietas menurun, dan tingkat infeksi menurun.

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

**Kata kunci : Kanker Kolon, Asuhan Keperawatan**

**Daftar pustaka : 32 (2014-2021)**

**MINISTRY OF HEALTH OF PADANG POLYTECHNIC  
D-III NURSING STUDY PROGRAM PADANG**

Scientific Paper, June 10, 2024  
Puti Rahima Dwi Andini

**"Nursing Care for Patients with Colon Cancer in the Operating Room of Dr. M. Djamil Padang Hospital"**

Contents: xii + 61 Pages + 11 Appendices

**ABSTRACT**

Colon cancer is a malignant form of abnormal or neoplasm that emerges from the epithelial tissue of the colon and invades the surrounding tissues. Colon cancer is the third most common cancer case worldwide with an incidence of 1,148,515 cases and a death rate of 576,858 cases. Based on medical record data from Dr. M. Djamil Padang Hospital in 2020 there were 48 cases of colon cancer, in 2021 there were 65 cases of colon cancer, and from October to December 2022 there were 21 cases of colon cancer. Secondary effects of colon cancer growth are intestinal obstruction, inflammation of the intestinal wall, and bleeding. Cancer penetration can cause holes in intestinal wall wounds and abscesses, as well as the spread of metastases in other tissues. The purpose of this study is to describe nursing care in patients with colon cancer in the operating room of Dr. M. Djamil Padang Hospital.

A type of descriptive research with a case study method. This research was conducted from August 2023 to June 2024. Nursing care is carried out for 5 days starting from February 27 to March 2, 2024. The population found was 1 person. How to take samples by purposive sampling. The analysis of the nursing process carried out by the researcher includes assessment, planning, implementation and evaluation of nursing.

The results of the study found that the patient's main complaint was abdominal pain arising on a scale of 6, duration 1-2 minutes, pain that disappeared and throbbing, black bowel movements about 3 weeks before admission to the hospital, body feeling weak, decreased appetite. The pain has been felt since 6 months ago and has been taken to the nearest hospital. There were 4 nursing diagnoses found, namely chronic pain related to tumor infiltration, anxiety related to situational crises, acute pain related to physical injury agents (surgical procedures), and risk of infection evidenced by the effects of invasive procedures. The results of the evaluation obtained after doing nursing care for 5 days were decreased pain, decreased anxiety, and decreased infection rate.

It is hoped that the results of this study can be an input for health workers in improving nursing care services, especially in providing nursing care to colon cancer patients.

**Keywords : Colon Cancer, Nursing Care**

**Bibliography : 32 (2014-2021)**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR ORISINALITAS .....</b>	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Kanker Kolon.....	<b>8</b>
1. Pengertian Kanker Kolon .....	8
2. Penyebab Kanker Kolon .....	8
3. Tanda dan Gejala Kanker Kolon .....	10
4. Stadium Kanker Kolon.....	10
5. Patofisiologi Kanker Kolon.....	11
6. WOC Kanker Kolon.....	14
7. Komplikasi Kanker Kolon .....	16
8. Pemeriksaan Penunjang Kanker Kolon.....	16
9. Penatalaksanaan Kanker Kolon .....	17
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kanker Kolon.....	19
1. Pengkajian Keperawatan .....	19
2. Diagnosis Keperawatan.....	22
3. Intervensi Keperawatan.....	23
4. Implementasi Keperawatan .....	32
5. Evaluasi Keperawatan.....	32

<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>33</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	33
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	33
C. Populasi dan Sampel .....	33
D. Alat dan Instrumen Penelitian.....	34
E. Teknik Pengumpulan Data .....	35
F. Jenis-Jenis Data.....	36
G. Prosedur Penelitian.....	36
H. Analisis Data .....	37
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>38</b>
A. Deskripsi Kasus .....	38
1. Pengkajian Keperawatan.....	38
2. Diagnosis Keperawatan.....	40
3. Intervensi Keperawatan.....	42
4. Implementasi Keperawatan.....	44
5. Evaluasi Keperawatan.....	45
B. Pembahasan Kasus .....	47
1. Pengkajian Keperawatan.....	47
2. Diagnosis Keperawatan.....	49
3. Intervensi Keperawatan.....	52
4. Implementasi Keperawatan.....	55
5. Evaluasi Keperawatan.....	57
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>59</b>
A. Kesimpulan .....	59
B. Saran.....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## 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 Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 6 Surat Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 7 Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 8 Surat Selesai Penelitian Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 9 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 1
- Lampiran 10 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 2
- Lampiran 11 Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah
- Lampiran 12 Skor Turnitin

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit tidak menular yang ditandai dengan adanya sel/jaringan abnormal yang bersifat ganas, tumbuh cepat tidak terkendali dan dapat menyebar ke tempat lain dalam tubuh penderita (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Kanker adalah sekumpulan penyakit yang dimulai hampir di semua organ atau jaringan tubuh ketika sel-sel abnormal tumbuh tidak terkendali, melampaui batas dan biasanya menyerang bagian tubuh yang berdekatan dan menyebar ke organ lain (WHO, 2022). Terdapat beberapa jenis kanker yang paling banyak diseluruh dunia, salah satunya adalah kanker kolon dengan kasus 1,93 juta. Kanker kolon adalah suatu bentuk keganasan dari masa abnormal atau neoplasma yang muncul dari jaringan epithelial colon dan menginvasi jaringan sekitarnya (Kasron, 2018).

Kanker kolon umumnya berkembang secara perlahan dan merupakan penyakit menahun. Sebelum kanker berkembang, umumnya akan terbentuk polip (benjolan) pada dinding kolon atau rektum. Polip merupakan tumor jinak yang dapat berkembang menjadi kanker seiring dengan berjalannya waktu. Menurut penelitian (Sayuti dan Nouva 2019) bahwa faktor genetik juga memiliki korelasi paling kuat untuk kanker kolon. Mutasi gen Adenomatous Polyposis Coli (APC) mempengaruhi orang yang memiliki risiko 100% terkena kanker usus besar pada usia 40 tahun. Faktor resiko lain yang juga dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker kolon, diantaranya adalah diet tinggi lemak (goreng-gorengan, daging merah, kulit ayam, mentega), diet rendah serat (kacang-kacangan, daging berserat kasar, ikan dan ayam yang diawetkan), usia lebih dari 50 tahun, riwayat keluarga dengan kanker kolon, kolitis ulseratif (berisiko 30% setelah berumur 25 tahun) dan *crohn disease* (berisiko 4 sampai 10 kali lipat).

Efek sekunder dari pertumbuhan kanker kolon yaitu obstruksi usus, peradangan pada dinding usus, dan perdarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan lubang pada luka dinding usus dan abses, serta menyebarnya metastase pada jaringan lain (Merdawati dan Malini, 2019).

Kanker kolorektal menjadi kasus kanker terbanyak ketiga di seluruh dunia (WHO, 2020). Berdasarkan survey Globacan (2020), insiden kanker kolon di seluruh dunia mencapai 1.148.515 kasus atau sebanyak 6% dari total kasus kanker di seluruh dunia dengan angka kematian sebanyak 576.858 kasus. Pada tahun 2020, di Indonesia kanker kolon menduduki peringkat ke 6 dengan jumlah kasus sebanyak 17.368 (4.4% dari seluruh kasus kanker di Indonesia) dan angka kematian mencapai 9.444 kasus (Globacan, 2021).

Menurut penelitian (Astuti, 2019) tentang Profil dan Kesintasan Penderita Kanker Kolon tahun 2019 di RSUP Dr. M. Djamil Padang menunjukkan bahwa penderita kanker kolon paling banyak dengan rentang usia 45-55 tahun. Jumlah kasus pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan yaitu 17 laki-laki (81%) dan 4 perempuan (19%). Hal ini juga dibuktikan oleh hasil penelitian (Retno Nurul Latifah 2020) yang menunjukkan bahwa kasus kanker kolon lebih tinggi pada laki laki daripada perempuan dengan proporsi laki laki 52,9% dan perempuan 47,1%. Adanya hubungan dengan tingkat estradiol diperkirakan menjadi penyebab tingginya kasus padalaki laki. Dalam jumlah normal, estradiol berfungsi dalam spermatogenesis dan fertilitas. Namun jika berlebih bisa mengakibatkan terhambatnya sekresi protein gonadotropin seperti *Luteinizing Hormone* (LH). Terhambatnya sekresi tersebut dapat mengurangi sekresi dari testosteron. Kadar testosteron yang tinggi dapat mengurangi risiko kanker kolon.

Perubahan yang dirasakan oleh penderita kanker kolon adalah perubahan pada pola buang air besar, pendarahan pada buang air besar atau ditemukannya darah di feses, rasa tidak nyaman pada bagian abdomen atau perut seperti kram dan rasa sakit yang berulang, perasaan bahwa usus besar

belum seluruhnya kosong sesudah buang air besar, rasa cepat lelah, lesu lemah atau letih, turunnya berat badan secara drastis. (Sayuti dan Nouva 2019).

Setelah penderita merasakan tanda dan gejala kanker kolon, maka akan muncul beberapa dampak apabila kanker tidak ditangani secara cepat dan tepat. Dampak yang terjadi pada penderita kanker kolon antara lain dapat menyebabkan obstruksi usus parsial (sebagian) atau lengkap, metastase menuju organ sekitar melalui hematogen, limfogen, dan penyebaran langsung. Pertumbuhan dan ulserasi pembuluh darah disekitar kolon menyebabkan hemorragi, pembentukan abses, serta pembentukan fistula pada urinari *bladder* atau vagina (Mardalena, 2014)

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

Penatalaksanaan lain dengan cara radioterapi dan kemoterapi. Radioterapi adalah terapi radiasi menggunakan sumber energi radioaktif yang bertujuan untuk mengancurkan sel kanker (Fitriatuzzakiyyah, Sinuraya, & Puspitasari, 2017). Kemoterapi adalah pemberian obat untuk menghambat dan membunuh sel-sel kanker. Terkadang efek dari obat kemoterapi juga



bisa mengganggu sel yang normal, sehingga muncul sebagai efek samping obat. Obat kemoterapi dapat diberikan melalui oral atau suntikan, tergantung indikasi. Kemoterapi merupakan salah satu modalitas terapi yang sering digunakan, dengan segala manfaatnya tentu terapi ini juga mempunyai beberapa efek samping, di antaranya yaitu: rasa lemas dan lemah, mual muntah, rambut rontok dan diare (Sari, Wahid, & Suchitra, 2019).

Peran perawat penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi yaitu sebelum tindakan kemoterapi (pre kemoterapi), saat kemoterapi berlangsung (intra kemoterapi), dan setelah tindakan kemoterapi (post kemoterapi). Adapun peran perawat pada pre kemoterapi yaitu memberikan dukungan serta motivasi pada pasien untuk menjalani kemoterapi, dan meminta informed consent. Peran perawat pada intra kemoterapi yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, pemasangan infus, memberikan obat premedikasi, pemberian obat kemoterapi, memantau tanda-tanda ekstrasvasasi, memberikan obat post medikasi dan mengobservasi keadaan pasien. Sedangkan peran perawat pada post kemoterapi yaitu memantau keadaan umum pasien, mengobservasi tanda-tanda vital, memantau efek samping kemoterapi dan memberikan penguatan psikologis (Usolin, Falah, & Dasong, 2018).

Menurut penelitian Felia Yolanda (2020) tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan masalah keperawatannya yaitu nyeri akut, ansietas, defisit nutrisi, gangguan integritas kulit/jaringan, dan gangguan pola tidur. Sedangkan menurut Penelitian Putri (2021) tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan masalah keperawatannya yaitu ansietas, nyeri kronis, intoleransi aktifitas dan resiko defisit nutrisi. Dari dua penelitian diatas ada satu perbedaan pada penelitian Putri 2021 yaitu masalah keperawatan yang di tampilkan adalah intoleransi aktifitas. Berdasarkan

(SDKI 2017) Intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari dengan kondisi klinis anemia, gagal jantung, aritmia, PPOK, dan penyakit katup jantung. Masalah keperawatan intoleransi keperawatan kurang sesuai dengan pada pasien kanker kolon yang telah melakukan tindakan invasif kolostomi.

Berdasarkan data rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2020, terdapat 48 kasus kanker kolon, sebanyak 32 kasus terjadi pada laki-laki dan 16 kasus terjadi pada perempuan. Sedangkan pada tahun 2021 terdapat 65 kasus kanker kolon, sebanyak 19 kasus terjadi pada laki-laki dan 46 kasus terjadi pada perempuan. Pada bulan Oktober hingga Desember 2022 terdapat 21 kasus kanker kolon, dimana 13 kasus terjadi pada laki-laki dan 8 kasus terjadi pada perempuan (Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan di ruangan bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 15 Januari 2024 pukul 10.00 WIB. Ditemukan seorang pasien dengan kanker kolon yaitu Tn. A usia 25 tahun. Pasien bekerja sebagai buruh harian lepas, pada saat bekerja pasien mengatakan kurang minum air putih dan sering merokok. Pasien mengatakan dalam sehari menghabiskan 1 bungkus rokok. Pasien menjadi perokok aktif dari 7 tahun yang lalu. Pasien juga mengatakan jarang makan sayur dan buah-buahan. Dari hasil wawancara ditemukan bahwa pasien sebelum operasi mengeluh nyeri pada perut bagian kiri, susah buang air besar, dan BAB berdarah. Kondisi pasien sekarang tampak terpasang kolostomi di perut bagian kiri, pasien mengeluh nyeri dibagian luka operasi. Pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisi yang sedang dialaminya. Masalah keperawatan yang diangkat adalah nyeri akut dan ansietas.

Setelah melakukan wawancara yang dilakukan dengan salah satu perawat ruangan didapatkan bahwa perawat sudah melakukan pengkajian sesuai dengan format pengkajian, menegakan diagnosis sesuai keluhan pasien

membuat rencana tindakan, mengimplementasikan dan evaluasi sesuai dengan SOAP keperawatan. Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolon untuk menangani masalah keperawatan seperti mengurangi masalah nyeri akut dengan cara terapi relaksasi nafas dalam, melakukan perawatan luka, memantau tanda-tanda vital, memberikan terapi farmakologis.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas, peneliti melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2024”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut maka didapatkan rumusan masalah yaitu “Bagaimana deskripsi asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang Tahun 2024?”.

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian pada pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan pada pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

#### **D. Manfaat**

##### **1. Aplikatif**

###### **a. Bagi Peneliti**

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

###### **b. Lokasi Penelitian**

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

###### **c. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Padang**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi akademik untuk pengembangan pembelajaran Prodi D-III Keperawatan Padang, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

##### **2. Bagi peneliti selanjutnya**

Diharapkan penelitian ini dapat menambah wawasan pengetahuan, pengalaman, dan dapat mengaplikasikan ilmu serta kemampuan peneliti dalam kenyataan asuhan keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Kanker Kolon**

##### **1. Pengertian Kanker Kolon**

Kanker kolon adalah suatu bentuk keganasan dari masa abnormal atau neoplasma yang muncul dari jaringan epithelial colon dan menginvasi jaringan sekitarnya. Karsinoma kolorektal adalah suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal atau tumbuh di dalam saluran usus besar (kolon) dan atau rektum. Kanker kolon ditujukan pada tumor ganas yang berasal dari mukosa kolon atau rektum atau keduanya (Kasron, 2018).

##### **2. Penyebab Kanker Kolon**

Faktor penyebab kanker kolon belum diketahui pastinya. Namun ada beberapa faktor risiko yang mempengaruhi kejadian kanker kolon menurut (Kasron dan Susilawati, 2018) yaitu :

###### **a. Faktor lingkungan gaya hidup**

Angka kematian dari kanker kolon berhubungan langsung dengan rata-rata konsumsi dari kalori, daging, lemak dan minyak yang meningkatkan konsentrasi dari kolesterol darah. Beberapa penelitian menyatakan bahwa diet tinggi lemak dan minyak berpotensi menyebabkan kanker kolon. Lemak dapat meningkatkan fungsi hati dalam mensintesis kolesterol dan asam empedu. Kolesterol dan asam empedu ini akan diubah oleh bakteri yang terdapat pada kolon menjadi asam empedu sekunder, metabolit kolesterol, dan substansi-substansi toksik yang dapat merusak mukosa kolon dan akan menyebabkan meningkatnya proliferasi seluler.

###### **b. Faktor genetik**

Perubahan genetik yang menyebabkan perkembangan kanker kolon dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelas yaitu perubahan pada protoonkogen, rendahnya aktivitas tumor supresor gen, dan adanya abnormalitas struktur DNA. Protoonkogen seluler merupakan gen

pada manusia yang mengandung sekuens DNA yang homolog terhadap transformasi retrovirus. Banyak dari gen ini yang berperan dalam regulasi pertumbuhan sel normal dan akan menyebabkan proliferasi yang abnormal, bahkan pertumbuhan karsinoma. Contohnya mutasi gen K-ras yang dapat ditemukan pada 50% penderita kanker kolon.

c. Usia

Kanker kolon merupakan penyakit yang menyerang kelompok usia lebih tua. 90% angka kejadian terjadi pada kelompok usia 50 tahun, dengan puncak insidensi pada usia 70 tahun. Kelompok usia 50 tahun memiliki kemungkinan terkena kanker kolorektal pada usia 80 tahun sebanyak 5% dari populasi, dan 2,5% meninggal karena kanker kolon. Meskipun risiko kanker kolon meningkat setelah usia 50 tahun pada populasi umum, kanker ini juga dapat terjadi pada kelompok usia lebih muda, terutama yang memiliki riwayat penyakit yang sama.

d. Polip Adenomatosa

Umumnya kanker kolon disebabkan karena adanya polip adenomatosa. Ditemukannya lesi makroskopik yang terjadi karena epitel mengalami displasi. Polip ini bisa saja melekat pada dinding kolon. Jenis yang paling sering ditemukan adalah adenoma tubulovili yang merupakan gabungan antara bentuk tubular dan vili.

e. Riwayat keluarga

1) *Familial Adenomatous Polyposis (FAP)*

FAP adalah gangguan autosomal dominan yang ditandai dengan tidak aktifnya gen APC yang terletak di kromosom 5q. Polip umumnya muncul pada usia 15-20 tahun. Jika kolon tidak diangkat, maka risiko berkembangnya kanker akan lebih tinggi.

2) *Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC)*

HNPCC merupakan penyakit autosomal dominan dimana kanker kolon tumbuh daei adenoma, tetapi tidak terjadi

poliposis. Kanker kolon mengenai dua generasi, salah satunya terserang pada usia 50 tahun.

### 3. Tanda dan Gejala Kanker Kolon

Menurut (Sayuti dan Nouva, 2019) gejala umum dari kanker kolon ditandai oleh perubahan kebiasaan buang air besar, gejala tersebut meliputi:

- 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 perasaan penuh dan kembung
- f. Kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui
- g. Merasa sangat lelah sepanjang waktu
- h. Mual atau muntah.

### 4. Stadium Kanker Kolon

Sistem penentuan stadium yang paling sering digunakan untuk kanker kolorektal adalah sistem TNM *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), yang didasarkan pada 3 informasi penting :

- 1) Luas (ukuran) tumor ( T ): Seberapa jauh kanker telah berkembang ke dinding usus besar atau rektum.
- 2) Penyebaran ke kelenjar getah bening terdekat ( N ): Apakah kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening terdekat.
- 3) Penyebaran (metastasis) ke tempat yang jauh (M): Apakah kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening yang jauh atau organ yang jauh seperti hati atau paru-paru (American Cancer Society, 2020)

<b>Tumor (T)</b>	
T0	Kanker ini berada pada tahap paling awal. Tahap ini juga dikenal sebagai karsinoma in situ atau karsinoma intramukosa (Tis). Itu

	belum tumbuh melampaui lapisan dalam (mukosa) usus besar atau rektum.
T1	Kanker hanya ada di lapisan dalam usus (submukosa).
T2	Kanker telah tumbuh ke lapisan otot dinding usus tetapi tidak lebih jauh
T3	Kanker telah berkembang ke lapisan terluar usus besar atau rektum namun belum menembusnya.
T4a	Kanker telah tumbuh menembus dinding usus besar atau rektum namun belum berkembang ke jaringan atau organ lain di dekatnya
T4b	Kanker telah tumbuh melalui dinding usus besar atau rektum dan melekat atau telah berkembang ke jaringan atau organ lain di dekatnya.
<b>Node (N)</b>	
N0	Tidak ada kelenjar getah bening yang mengandung sel kanker
N1	Sel kanker ini telah menyebar ke 1 hingga 3 kelenjar getah bening di dekatnya
N2	Sel kanker ini telah menyebar ke 4 hingga 6 kelenjar getah bening di dekatnya
<b>Metastasis (M)</b>	
M0	Kanker belum menyebar ke organ jauh
M1	Kanker telah menyebar ke organ yang jauh seperti seperti hati atau paru-paru

## 5. Patofisiologi Kanker Kolon

Kanker kolon terutama berjenis histopatologis (95%) di mana adenokarsinoma muncul dari lapisan epitel dalam usus (endotel). munculnya kanker biasanya dimulai sebagai polip jinak yang kemudian dapat menjadi ganas dan menyusup, serta merusak jaringan normal dan meluas ke dalam struktur sekitarnya. kanker dapat berupa masa polipoid,



besar, tumbuh ke dalam lumen, dengan cepat meluas ke sekitar usus sebagian dalam lumen, dan dengan cepat meluas ke sekitar usus sebagai striktura annular (mirip cincin). Lesi annular lebih sering terjadi pada baian rektosigmoid, sedangkan lesi polipoid yang datar lebih sering terjadi pada sekum dan kolon ascendens (Mardalena, 2014).

Kanker yang ganas menyebar dengan ekstensi langsung ke organ terdekat, seperti dari kolon transversum ke lambung, saluran limfe dan hematogen, biasanya ke hati dan sel berkembang pada rongga peritoniesis kandung kemih, ureter dan organ reproduksi sering kali terlibat karna ekstensi langsung, metastasis berasal darah sering meluas ke hati, paru, ginjal dan tulang.

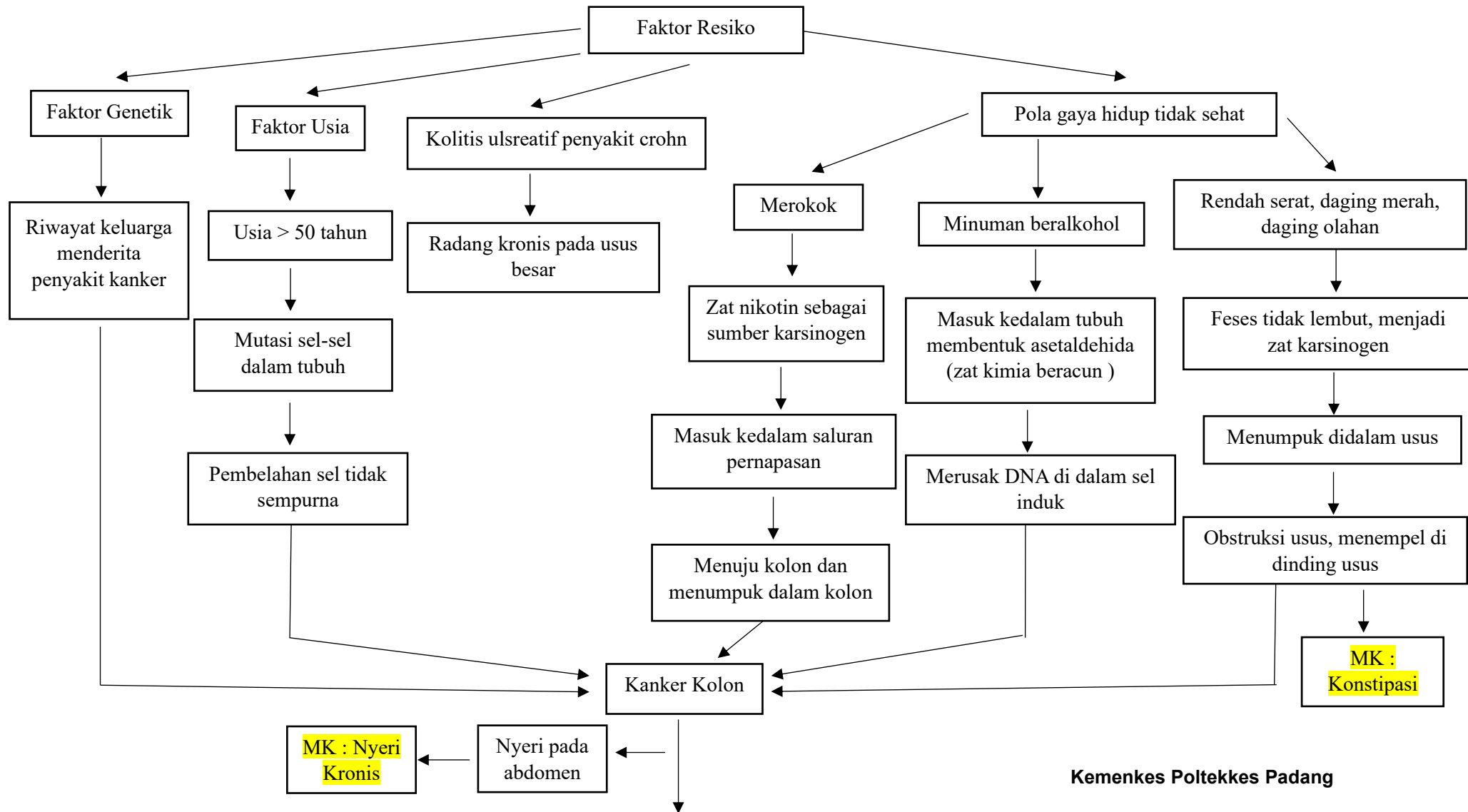
Secara umum, kanker pada usus halus dan kolon kanan cenderung lebih menyebabkan nyeri abdomen, kram, mual, dan muntah. oleh karena usus besar berdistensi. pada lokasi ini, lesi seringkali mengalami ulserasi, sehingga terjadi anemia, serta feses yang berwarna gelap dan coklat kemerahan, perubahan pola defekasi, nyeri abdomen, penurunan berat badan, anemia dan anoreksia. Bila adenoma tumbuh di dalam lumen luas (ascendens dan transversum), maka obstruksi jarang terjadi. Hal ini dikarenakan feses masih mempunyai konsentrasi air yang cukup dan masih dapat melewati lumen tersebut dengan mengubah bentuk (Mardalena, 2014).

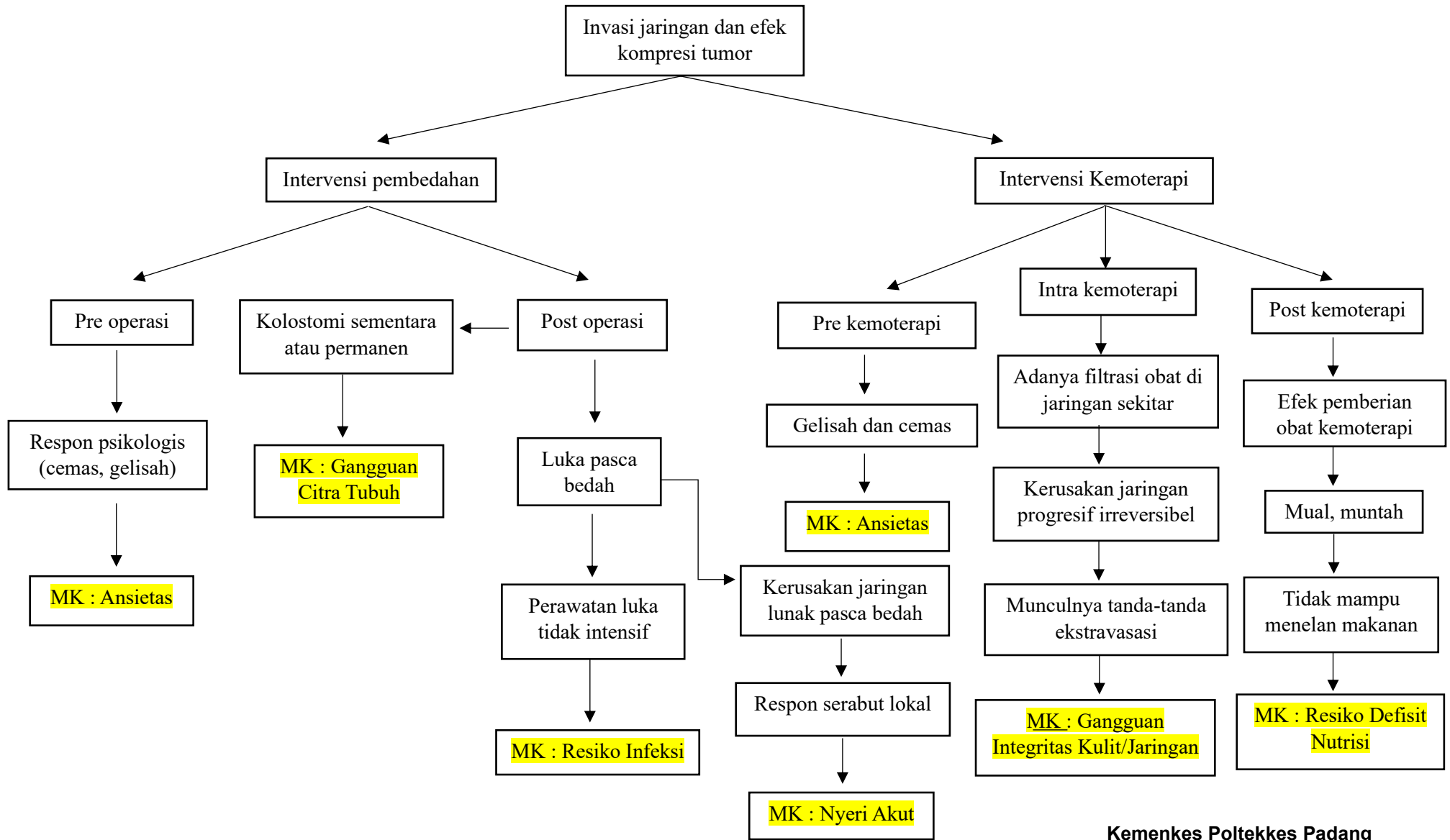
Jika adenoma tumbuh di dalam lumen luas (ascendens dan transversum), maka obstruksi sporadis terjadi. Hal ini dikarenakan isi (feses masih mempunyai konsentrasi air cukup) masih dapat melewati lumen tersebut dengan mengganti bentuk (d disesuaikan dengan lekukan lumen karena tonjolan massa). tetapi bila adenoma tersebut tumbuh dan berkembang di daerah lumen yang sempit (desenden atau bagian bawah), maka obstruksi akan terjadi karena isi tak dapat melewati lumen yang telah terdesak oleh massa. tetapi kejadian obstruksi tersebut bisa menjadi total atau parsial. Tindakan yang akan dilakukan adalah menggunakan melakukan tindakan pembedahan.

Bila adenoma tersebut tumbuh dan berkembang di daerah lumen yang sempit (desenden atau bagian bawah), maka obstruksi akan terjadi karena isi tidak dapat melewati lumen yang telah terdesak oleh massa. Namun kejadian obstruksi tersebut dapat menjadi total atau parsial. Tindakan yang akan dilakukan ialah dengan melakukan tindakan pembedahan. Pembedahan yang akan dilakukan yaitu dengan pembuatan colostomy, prosedur ini melibatkan pembuatan saluran antara kolon dan dinding perut, dimana feses dapat lewat. colostomy dapat dilakukan pada kolon ascendens, transversal, desendens atau sigmoid dan bisa bersifat permanen atau sementara.

Pembedahan yang akan dilakukan pada pasien colostomy yaitu dengan pembuatan colostomy, prosedur ini melibatkan pembuatan saluran antara kolon dan dinding perut, dimana feses dapat lewat. colostomy dapat dilakukan di kolon ascendens, transversal, desendens atau sigmoid dan dapat bersifat permanen atau sementara. Pasien dengan colostomy akan mengalami gangguan citra tubuh. diperlukan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional saat pasien memulai proses colostomy. penting juga untuk memberikan edukasi yang pelajari pasien untuk relaksasi nafas dalam biar tidak merasakan nyeri (Mardalena, 2014).

**6. WOC Kanker Kolon**





## 7. **Komplikasi Kanker Kolon**

Kanker kolon yang tidak ditangani dengan benar dapat menimbulkan komplikasi berupa perdarahan akut maupun kronik yang berakibat anemia, sumbatan usus, kebocoran pada usus (perforasi), metastasis ke hati (paling sering), kelenjar getah bening, otak, tulang, paru-paru sampai pada kematian (Kasron dan Susilawati, 2018).

## 8. **Pemeriksaan Penunjang Kanker Kolon**

Beberapa pemeriksaan penunjang menurut (Padila, 2015) :

### a. **Pemeriksaan diagnostik**

- 1) Fecal occult blood test yaitu tes samar darah. Pemeriksaan sederhana ini merupakan tes screening awal kanker kolon , yang caranya dilakukan dengan mengambil contoh feses yang diletakkan pada strip khusus yang akan berubah warna jika feses tersebut mengandung darah.
- 2) Kolonoskopi adalah tindakan dimana bagian dalam usus besar Anda (kolon dan saluran pembuangan/rektum) diperiksa dan diselidiki. Sebuah proses peneropongan usus besar umumnya dilakukan untuk menilai masalah pencernaan seperti sakit perut dan pendarahan pada dubur.
- 3) Barium enema kontras udara  
Barium enema kontras udara merupakan alternatif dari kolonoskopi, tapi sering tidak bisa mendeteksi adanya lesi-lesi kecil. Tetapi jika kolonoskopi tidak tersedia, atau pasien menolak melakukan kolonoskopi, pemeriksaan ini dapat dianjurkan.
- 4) Biopsi  
Biopsi adalah tindakan mengambil sampel dari bagian tubuh, untuk mendapatkan jaringan yang diperlukan untuk pemeriksaan mikroskopis yang akan menentukan apakah jaringan tersebut normal atau patologis (jaringan dengan penyakit, seperti tumor ganas atau jinak, infeksi dan lainnya). Konfirmasi adanya malignansi dengan pemeriksaan biopsi sangat penting.

b. Pemeriksaan radiologi

a) Tes *Carcinoembryonic antigen* (CEA)

Tes ini digunakan untuk mendeteksi kadar protein yang disebut *carcinoembryonic antigen* (CEA). Kadar CEA yang tinggi bisa mengindikasikan bahwa kanker telah menyebar ke bagian tubuh lainnya.

## 9. Penatalaksanaan Kanker Kolon

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

a. Pembedahan

Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal, pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskopi. Kolostomi laparoskopik dengan polipektomi merupakan suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskopik digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon, massa tumor kemudian di eksisi. Reseksi usus diindikasikan untuk kebanyakan lesi kelas A dan semua kelas B serta lesi C. Pembedahan kadang dianjurkan untuk mengatasi kanker kolon kelas D. Tujuan pembedahan dalam situasi ini adalah paliatif. Apabila tumor sudah menyebar dan mencakup struktur vital sekitar, operasi tidak dapat dilakukan. Tipe pembedahan tergantung dari lokasi dan ukuran tumor. Prosedur pembedahan pilihan adalah sebagai berikut.

- a. Reseksi segmental dengan anastomosis (pengangkatan tumor dan porsus usus pada sisi pertumbuhan, pembuluh darah dan nodus limfatik)
- b. Reseksi abominoperineal dengan kolostomi sigmoid permanen (pengangkatan tumor dan porsusigmoid dan semua rektum sertasingter anal)
- c. Kolostomi sementara diikuti dengan reseksi segmental dan anastomosis serta reanastomosis lanjut dari kolostomi

- d. Kolostomi permanen atau ileostomy (untuk menyembuhkan lesiobstruksi yang tidak dapat direseksi) (Kumala & Arif, 2014)
- b. Terapi Radioterapi  
Terapi radiasi memakai sinar gelombang partikel berenergi tinggi misalnya sinar X, atau sinar gamma, difokuskan untuk merusak daerah yang ditumbuhi tumor, merusak genetic sehingga membunuh kanker. Terapi radiasi merusak sel-sel yang pembelahan dirinya cepat, antara alin sel kanker, sel kulit, sel dinding lambung & usus, sel darah. Kerusakan sel tubuh menyebabkan lemas, perubahan kulit dan kehilangan nafsu makan.
- c. Kemoterapi  
Dalam bahasa Inggris kemoterapi adalah praktik penggunaan obat-obatan untuk mengobati penyakit. Saat ini, kemotherapi tersebut hampir selalu digunakan untuk menggambarkan pengobatan sitostatik yang digunakan untuk mengobati kanker. Kemoterapi bermanfaat untuk mengobati beberapa jenis kanker darah, mengecilkan kanker sebelum operasi, menghilangkan sel kanker yang mungkin masih ada setelah operasi. Kemoterapi adalah jenis pengobatan kanker yang menggunakan obat sitostatik, atau obat yang menghentikan pertumbuhan sel kanker. Kemoterapi menggunakan obat untuk membunuh sel kanker. Kelemahan, mual dan muntah, masalah pencernaan, sariawan, efek pada darah, otot, dan saraf, perubahan warna dan tekstur kulit, dan produksi hormon adalah beberapa efek samping yang mungkin terjadi.
- d. Kolaborasi kemoterapi dan radioterapi (Kemoradioterapi)  
Untuk pasien dengan kanker kolon sigmoid stadium lanjut secara lokal (*LASCC*) yang tidak dapat direseksi, kemoradioterapi neoadjuvan dapat dilakukan, pembedahan dapat dilakukan dengan aman dan dapat meningkatkan kelangsungan hidup dan tingkat pelestarian organ.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kanker Kolon**

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

### **1. Pengkajian Keperawatan**

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

#### **a. Identitas Pasien**

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, suku bangsa, agama, alamat, status perkawinan, No. MR, tanggal masuk dan diagnosa medis.

#### **b. Identitas Penanggung Jawab**

Terdiri dari nama, umur penanggung jawab, hubungan keluarga, dan pekerjaan.

#### **c. Keluhan Utama**

##### **1) Riwayat Kesehatan Sekarang**

##### **a) Pre Operasi**

Pasien biasanya masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri pada bagian abdomen, terjadi perubahan pola defekasi seperti diare atau konstipasi, BAB berdarah dan berlendir.

##### **b) Post Operasi**

Biasanya pasien mengeluh nyeri dibagian abdomen karena sudah melakukan tindakan kolostomi, jadi pasien merasakan nyeri dibagian luka operasi sehingga tidak nyaman dengan kondisinya yang sekarang. pasien juga tidak bisa bergerak banyak, tubuh pasien biasanya terasa lemas dan letih, dan nafsu makan menurun. Pengkajian nyeri biasanya menggunakan PQRST (Noor, 2016) :

P (Provoking Incident) : Pasien post operasi kolostomi biasanya akan mengeluh nyeri dan nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak.



Q (Quality of Pain) : Nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi colostomy seperti tersayat-sayat benda tajam.

R (Region) : Nyeri dirasakan di daerah abdomen kanan dan kiri tidak menyebar ke bagian tubuh yang lain.

S (Severity/Scale of Pain) : Skala nyeri yang dirasakan pasien post operasi colostomy biasanya mencapai skala 4-6 (nyeri sedang) hingga 7-9 (nyeri berat).

T (Time) : Nyeri dirasakan terus menerus setelah efek anestesi hilang.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya pasien pernah menderita polip kolon, radang kronik kolon dan kolitis ulseratif yang tidak teratasi, ada infeksi dan obstruksi pada usus besar dan konsumsi diet yang tidak baik.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya keluarga klien ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien yaitu kanker kolon/usus, kolitis ulseratif atau penyakit kanker lainnya.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Biasanya pasien yang ditemukan suka mengonsumsi makanan tinggi lemak dan rendah serat.

2) Pola Eliminasi

a) Pre Operasi

Perubahan kebiasaan buang air besar, biasanya pasien dengan kanker kolon mengeluh konstipasi, diare, feses bercampur dengan darah.

b) Post Operasi

Biasanya pasien akan mengeluarkan feses melalui kantong kolostomi dengan konsistensi feses encer dan cair.

3) Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya pasien akan kesulitan tidur dikarenakan nyeri pada abdomen.

## 4) Pola Aktifitas

## a) Pre Operasi

Pasien biasanya akan cepat merasa lemah dan mudah lelah saat melakukan kegiatan sehari hari.

## b) Post Operasi

Biasanya pasien akan kesulitan melakukan aktivitas sehingga akan dibantu oleh keluarga.

## e. Pemeriksaan fisik

## 1) Kepala

Biasanya pasien tidak ada kelainan pada kepala.

## 2) Mata

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

## 3) Hidung

Pada pemeriksaan hidung secara umum tidak tampak kelainan.

## 4) Mulut

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

## 5) Leher

Biasanya ditemukan pembesaran kelenjar getah bening.

## 6) Thorax

Inspeksi : Biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : Biasanya fremitus raba kiri dan kanan

Perkusi : Biasanya sonor pada paru-paru kiri dan kanan

Auskultasi : Biasanya suara napas vesikuler

## 7) Abdomen

## a) Pre Operasi

Inspeksi : Pada inspeksi perlu diperlihatkan, apakah abdomen membuncit atau datar, apakah ada perut menonjol atau tidak, umbilikus menonjol atau tidak, apakah ada massa.

Palpasi : Biasanya teraba massa di daerah kolon kanan dan kiri dan terdapat nyeri tekan dibagian abdomen kanan atau kiri.

Perkusi : Biasanya abdomen timpani

Auskultasi : Biasanya bising usus normal (5-35 x/ menit)

b) Post Operasi

Inpeksi : Perut terlihat datar, terlihat sternal. Terdapat luka post operasi kolostomi di bagian kuadran kanan atau kiri.

Palpasi : Nyeri tekan pada bagian area kolostomi dan abdomen bekas operasi.

Perkusi : Tidak ada terdengar suara timpani ketika di perkusi.

Auskultasi : Bising usus normal (5-35 x/ menit)

8) Ekstremitas

Biasanya pasien tidak ada kelainan pada bagian ekstremitas atas dan bawah.

f. Pola Konsep Diri

Pasien kanker kolon biasanya mengalami gangguan konsep diri karena pasien merasa tidak bisa melakukan perannya sebagaimana mestinya.

g. Data Psikologis

1) Pre Operasi

Biasanya pasien merasa cemas karena akan melakukan operasi. Pasien cemas memikirkan lamanya proses operasi dan takut jika operasinya tidak lancar.

2) Post Operasi

Biasanya pasien bisa mengalami masalah psikologis ditandai dengan Pasien merasa cemas dan takut ditinggalkan oleh pasangannya dan merasa tidak berdaya serta tidak berguna lagi.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Ada beberapa diagnosis yang mungkin muncul menurut (SDKI, 2017)

1) Pre Operasi

- a) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
- b) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal
- c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

## 2) Post Operasi

- a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- b) Risiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi).
- c) Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- d) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi

## 3. Intervensi Keperawatan

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

## a. Pre Operasi

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. keluhan nyeri menurun 3. meringis menurun 4. sikap protektif menurun 5. gelisah menurun kesulitan tidur menurun	<b>Manajemen Nyeri</b> <b>Observasi :</b> 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 <b>Terapeutik :</b> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan Strategi meredakan nyeri.</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> </ol>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>2. Gunakan pakaian longgar</li> <li>3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> </ol>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>5. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p>
2.	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan pola eliminasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol pengeluaran Feses meningkat</li> <li>2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun</li> <li>3. Mengejan saat defekasi menurun</li> <li>4. Konsistensi feses membaik</li> <li>5. Frekuensi BAB membaik</li> <li>6. Peristaltik usus membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Eliminasi Fekal</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar</li> <li>2. Monitor BAB</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala diare, atau konstipasi</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan air hangat setelah makan.</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses.</li> <li>2. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi.</i></li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat supositorial, <i>jika perlu.</i></li> </ol>

3.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat kecemasan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> </ol>	<p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa frekuensi nadi, TD, RR dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan.</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> <li>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat batasan dan jenis relaksasi nafas dalam</li> </ol>
----	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



			2. Anjurkan mengambil posisi nyaman
--	--	--	-------------------------------------

## b. Post Operasi

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam di harapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. keluhan nyeri menurun 3. meringis menurun 4. sikap protektif menurun 5. gelisah menurun 6. kesulitan tidur menurun	<b>Manajemen Nyeri : (201)</b> <b>Observasi :</b> 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 <b>Terapeutik :</b> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan Strategi meredakan nyeri

			<p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Pemberian Analgesik</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</li> <li>2. Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, nonnarkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> <li>5. Monitor efektifitas analgesik</li> </ol>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</li> <li>2. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien</li> <li>3. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</li> </ol>
2.	Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi)	Setelah dilakukan asuhan 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda gejala infeksi.</li> </ol>

			<p>2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Perawatan Stoma</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, tanda-tanda vital)</li> <li>2. Periksa kondisi stoma pasien</li> <li>3. Identifikasi kemampuan dan pengetahuan tentang stoma.</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bebaskan area stoma dari pakaian</li> <li>2. Terapkan teknik aseptik dan keamanan selama merawat stoma</li> <li>3. Buang dan bebaskan stoma dari kantong sebelumnya</li> <li>4. Bersihkan stoma dengan air bersih hangat dan sabun</li> <li>5. Ukur stoma dengan pedoman pengukuran</li> <li>6. Siapkan <i>plate</i> dan kantong stoma baru</li> <li>7. Gunakan pasta atau powder sesuai kebutuhan</li> <li>8. Pasang kantong dan <i>plate</i> stoma yang baru dan gesper</li> </ol>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi jika terjadi herniasi, atropi, atau perburukan dari stoma.</li> </ol>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 4. Implementasi Keperawatan

Menurut Budiono (2015) Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar mencapai tujuan yang spesifik, kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek peningkatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan serta pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping dengan mengikut sertakan pasien dan keluarganya.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Budiono (2015) Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatannya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain studi kasus bertujuan untuk menjelaskan mengenai status dari objek yang diteliti saat ini dan dapat mengetahui karakteristik dari variabel yang diteliti (Sayidah, 2018). Studi kasus adalah suatu penelitian yang dilakukan secara intensif menggunakan berbagai sumber bukti terhadap suatu entitas tunggal yang dibatasi oleh ruang dan waktu (Rukajat 2018). Studi kasus yang telah dilakukan yaitu Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2024.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024. Asuhan Keperawatan dilakukan pada tanggal 27 Februari 2024 sampai 2 Maret 2024.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti yang mana dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui peneliti (Kartika, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien kanker kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada saat dilakukan penelitian. Jumlah populasi saat penelitian 1 orang.

##### **2. Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi yang dapat digunakan untuk mewakili seluruh populasi (Nursalam, 2020). Sampel penelitian ini adalah 1 orang pasien dengan diagnosis kanker kolon yang ada saat penelitian di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024. Pengambilan sampel penelitian dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu teknik penarikan sampel yang didasarkan pada kriteria –

kriteria tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti. Proses pengambilan sampel ditemukan 1 orang sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dan yang dijadikan sampel pada penelitian ini yaitu Tn. Y. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti (Kartika, 2017)

Kriteria inklusi penelitian ini diantaranya :

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

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab (Kartika, 2017).

Kriteria eksklusi penelitian ini diantaranya :

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

#### **D. Alat dan Instrumen Penelitian**

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

1. Format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah terdiri dari : identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium dan terapi pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, data masalah dan etiologi.

3. Format diagnosis asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, no rekam medis, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah dan dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI.
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan dan paraf.
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf.

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengambilan data menurut (Rukajat 2018):

1. Observasi

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

2. Pengukuran

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

3. Wawancara

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



#### 4. Dokumentasi

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

### **F. Jenis-Jenis Data**

#### 1. Data Primer

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

#### 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada (peneliti sebagai tangan kedua). Data sekunder dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti Biro pusat statistik, buku, laporan, jurnal (Siyoto, 2015). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari rekam medis dan ruangan bedah RSUP Dr. M Djamil Padang. Data sekunder adalah berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan.

### **G. Prosedur Penelitian**

Langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis yaitu :

1. Peneliti meminta surat izin melakukan penelitian dari institusi yaitu Kemenkes Poltekkes Padang
2. Meneruskan surat penelitian ke RSUP Dr. M. Djamil Padang
3. Meneruskan surat izin ke Kepala Mutu RSUP Dr. M. Djamil Padang

4. Meneruskan surat izin ke Kepala Ruang Rawat Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang
5. Melakukan pemilihan sampel dari populasi yaitu berdasarkan pasien yang ada waktu jadwal penelitian
6. Mendatangi responden serta keluarga dan menjelaskan tujuan penelitian
7. Memberikan informed consent kepada responden dan penanggung jawab sebagai persetujuan di jadikan responden dalam penelitian. Selanjutnya melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya.

#### **H. Analisis Data**

Data yang ditemukan saat pengkajian yang telah dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data objektif dan data subjektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan teori dan penelitian terdahulu.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Bab IV ini akan menguraikan asuhan keperawatan beserta analisis pada pasien dengan kanker kolon sebagai kasus kelolaan. Pengambilan kasus dilakukan pada tanggal 27 Februari 2024 – 2 Maret 2024 di ruang IRNA Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang.

#### **A. Deskripsi Kasus**

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pasien Tn. Y berusia 48 tahun merupakan seorang ayah yang bekerja sebagai supir dengan status kawin memiliki 3 orang anak. Pendidikan pasien adalah tamat SD. Pasien masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 21 Februari 2024 pukul 11.56 WIB, pasien masuk melalui IGD setelah dirujuk oleh RSUD Sungai Dareh Dharmasraya, sekarang pasien dirawat di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien masuk dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan sejak 6 bulan yang lalu, BAB berdarah dan berlendir, badan terasa lemas serta disertai dengan penurunan nafsu makan.

Saat dilakukan pengkajian pada Selasa tanggal 27 Februari 2024 pukul 10.00 WIB di ruang Bedah Pria, pasien mengatakan nyeri perut timbul dengan skala 5, durasi 1-2 menit, nyeri terasa hilang timbul dan berdenyut, pasien mengatakan BAB nya berwarna hitam sekitar 3 minggu sebelum masuk rumah sakit, badan pasien terasa lemas, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, nafsu makan pasien menurun. Pasien mengatakan nyeri sudah dirasakan sejak 6 bulan yang lalu dan sudah pernah dibawa ke rumah sakit terdekat.

Riwayat kesehatan dahulu didapatkan pasien mengatakan sudah merasakan nyeri pada perut bagian kanan sejak 6 bulan yang lalu dan sudah pernah diperiksa di rumah sakit terdekat. Dokter mengatakan pasien terkena maag. Setelah dibiarkan beberapa lama nyeri perut pasien

masih terasa dan bertambah kuat sehingga dirujuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien tidak memiliki riwayat kanker kolon sebelumnya. Pasien mengatakan semenjak menjadi supir makan menjadi tidak teratur, terkadang bisa 3 kali sehari kadang bisa 1 kali sehari, pasien jarang mengkonsumsi sayur dan buah-buahan. Pasien merupakan seorang perokok sejak usia 17 tahun.

Pengkajian keluarga didapat keluarga lainnya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien, tetapi keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit Hernia dan Ambeien yaitu paman pasien.

Aktivitas sehari-hari didapatkan pasien memiliki kebiasaan makan saat sehat 1-3 kali sehari lengkap dengan lauk dengan porsi yang sedang dan selalu habis. Pada saat dirawat pasien makan 3 kali sehari dengan porsi yang diberikan oleh rumah sakit. Pola istirahat dan tidur pasien kurang lebih 6 jam sehari. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena nyeri pada perutnya sehingga membuat tidurnya terganggu.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pasien tampak lemah dan tidak bersemangat, kesadaran composmentis, GCS 15, TD 120/80 mmHg, nadi 96 x/i, suhu 36,7, rambut tidak ada kerontokan, mata simetris kiri dan kanan.

Pemeriksaan abdomen didapatkan pada inspeksi tidak ada distensi abdomen, tidak ada asites, saat perkusi terdengar timpani, dan pada saat auskultasi bising usus normal 10x/i.

Pemeriksaan penunjang pada tanggal 24 Februari 2024 didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 10,7 g/dl (13.0-16.0), Leukosit  $13,87 \times 10^3/\text{mm}^3$  (5.0-10.0), Trombosit  $402 \times 10^3/\text{mm}^3$  (150-400), Hematokrit 33% (40-48.0).

Ini merupakan hasil pemeriksaan sebelum peneliti melakukan penelitian, dikarenakan Hb pasien rendah, pasien sudah mendapatkan tranfusi darah sebanyak 1 kantong darah dan masalah sudah teratasi sebelum peneliti melakukan penelitian.

Saat dilakukan pengkajian post operasi biopsi pada tanggal 28 Februari 2024 pukul 10.00 WIB. Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 2-3 menit, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat, istri dan anaknya.

Hasil biopsi didapatkan pasien tidak jadi melakukan operasi pengangkatan kanker kolon, sesuai dengan prosedur terbaru pasien dianjurkan untuk melakukan kemoterapi terlebih dahulu. Setelah melakukan kemoterapi, dilihat lagi hasilnya apakah pasien perlu dilakukan operasi pengangkatan kanker atau tidak.

Program pengobatan IVFD NaCl 500 cc/8 jam, Ranitidine 2 x 50 mg (IV), Ketorolac 3 x 30 ml (IV), Ceftriaxone 2 x 1 10ml (IV), Kalnex 3x1 50g, Metronidazol 3x1 50g (peroral).

## **2. Diagnosis Keperawatan**

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

### **a. Diagnosis Keperawatan Pre Operatif**

#### **1) Diagnosis Keperawatan I**

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada tanggal 27 Februari 2024 ditemukan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan sejak 6 bulan yang lalu, nyeri seperti berdenyut. Saat dikaji skala nyeri yang dirasakan yaitu 5 nyeri hilang timbul dengan durasi 1-2 menit. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena pasien merasakan nyeri. Data objektif ditemukan pasien tampak meringis kesakitan, pasien

tampak gelisah dan pasien tampak pucat. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

2) **Diagnosis Keperawatan II**

Ansietas berhubungan dengan krisis situasional pada tanggal 27 Februari 2024 ditemukan data subjektif pasien mengatakan cemas karena mau operasi. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

b. **Diagnosis Keperawatan Post Biopsi**

1) **Diagnosis Keperawatan I**

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) pada tanggal 28 Februari 2024 ditemukan data subjektif pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, nyeri seperti berdenyut-denyut, skala nyeri 6, nyeri ketika pasien bergerak, pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri. Data objektif ditemukan pasien tampak meringis, pasien tampak lemas, pasien mendapatkan terapi obat ketorolac 3x30 ml (IV). Dari data tersebut peneliti mengangkat diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

2) **Diagnosis Keperawatan II**

Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif pada tanggal 29 Februari 2024 ditemukan data pasien mengatakan terdapat luka bekas biopsi pada bagian tengah abdomen, pasien tampak pucat dan lemah, suhu 36,8<sup>0</sup>C. Pasien mendapat terapi obat ceftriaxone 2x10 ml. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis keperawatan resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif.

### 3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien mengacu pada SLKI dan SIKI (2018). Berikut adalah intervensi keperawatan yang dilakukan pada Tn. Y :

#### a. Intervensi Keperawatan Pre Operasi

- 1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor mempunyai tujuan (SLKI) nyeri terkontrol, dapat menggunakan teknik non-farmakologis untuk penghilang nyeri. Rencana tindakan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri ; Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri, identifikasi skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Teraupetik : berikan teknin non-farmakologis untuk menghilangkan nyeri (teknik nafas dalam), kontrol lingkungan, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : jelaskan penyebab pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri (teknik nafas dalam, pemberian obat anti nyeri misalnya paracetamol). Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, dan frekuensi nadi membaik.
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional mempunyai tujuan (SLKI) tidak ada verbalisasi kebingungan, tidak ada verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, tidak ada perilaku gelisah, tidak ada perilaku tegang, tidak ada keluhan pusing, tidak pucat. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu terapi relaksasi ; observasi : identifikasi penurunan energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa

ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan, monitor respon terhadap relaksasi. Teraupetik : ciptakan lingkungan tenang dan nyaman, berikan informasi tertulis tentang prosedur teknik relaksasi, gunakan pakaian yang longgar, gunakan relaksasi sebagai penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain jika sesuai. Edukasi : jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan teknik non-farmakologi (teknik nafas dalam), jelaskan secara rinci teknik nafas dalam, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi dan melatih teknik relaksasi (nafas dalam), demonstrasikan teknik relaksasi (nafas dalam).

b. Intervensi Keperawatan Post Biopsi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) mempunyai tujuan (SLKI) nyeri terkontrol, dapat menggunakan teknik non-farmakologis untuk penghilang nyeri. Rencana tindakan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri ; Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri, identifikasi skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Teraupetik : berikan teknin non-farmakologis untuk menghilangkan nyeri (teknik nafas dalam), kontrol lingkungan, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : jelaskan penyebab pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri (teknik nafas dalam, pemberian obat anti nyeri misalnya paracetamol). Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, dan frekuensi nadi membaik.
- 2) Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Rencana tindakan yang dilakukan adalah perawatan luka dengan tindakan keperawatan monitor tanda-tanda infeksi,



lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, *sesuai kebutuhan*, berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik. Intervensi yang kedua yaitu pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, ajarkan teknik mencuci tangan yang benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian antibiotik. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : demam menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun dan leukosit membaik.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Berikut adalah implementasi yang dilakukan kepada pasien :

- 1) Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan **Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor** adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan penyebab, kaji dampak nyeri terhadap kualitas hidup, kaji bagaimana pasien mengatasi nyeri, mengajarkan penggunaan teknik non-farmakologis (teknik nafas dalam), memonitor TTV, memberikan obat anti nyeri.
- 2) Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional** adalah terapi relaksasi dengan tindakan keperawatan mengkaji penyebab cemas pada pasien, mencari teknik relaksasi untuk mengurangi cemas (teknik nafas dalam), meminta persetujuan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam, memperagakan teknik nafas dalam dan meminta

pasien untuk menirukan, melihat respon pasien terhadap teknik non-farmakologis (nafas dalam).

- 3) Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri seperti posisi miringkiri/kanan dan terapi relaksasi, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan, fasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, memberikan terapi obat ketorolac 3x30 ml untuk mengurangi rasa nyeri.
- 4) Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan **resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif** dari tanggal adalah perawatan luka dan pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan membersihkan luka dengan NaCl, mengganti balutan, memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menjelaskan tanda gejala infeksi, memberikan obat ceftriaxone 2x1gr, memberikan obat kalnex 3x60g dan metronidazole 3x60g (peroral).

## 5. Evaluasi Keperawatan

- 1) Setelah dilakukan implementasi, hasil yang didapatkan :

**Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor** yaitu nyeri teratasi sebagian pada kunjungan kedua ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada abdomen sudah berkurang, nyeri terasa seperti berdenyut-denyut, nyeri hilang timbul berlangsung selama kurang lebih 1 menit dengan skala nyeri

4. Data objektif pasien tampak tenang, rileks, TD 125/70 mmHg, HR 80 x/menit, RR 21 X/menit, T 36,7<sup>0</sup>C. Masalah teratasi sebagian dengan kriteria nyeri pasien belum sepenuhnya terkontrol, pasien sudah melakukan tindakan mengurangi nyeri. Intervensi dilanjutkan dengan mengkaji nyeri secara komprehensif kembali, monitor nyeri, dan manajemen nyeri.

2) Setelah dilakukan implementasi, hasil yang didapatkan :

**Diagnosis ansietas berhubungan dengan krisis situasional** yaitu ansietas teratasi sebagian pada pertemuan ke-2 ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan rasa cemasnya sudah berkurang karena tidak jadi operasi pengangkatan kankernya, pasien masih dilakukan tindakan biopsi. Data objektif pasien tampak tenang, pasien tampak tidak cemas lagi, TD pasien normal. Intervensi dihentikan.

3) Setelah dilakukan implementasi, hasil yang didapatkan :

**Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** didapatkan masalah teratasi pada pertemuan ke-5 dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, tidur pada malam hari sudah nyenyak dan tidak terganggu lagi, skala nyeri 2. Data objektif didapatkan wajah meringis sudah tidak ada, klien tampak tenang, TD 120/65 mmHg, HR 80 x/menit, RR 20 x/menit.

4) Setelah dilakukan implementasi, hasil yang didapatkan :

**Diagnosis risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif** didapatkan masalah teratasi dengan hasil evaluasi subjektif yang diperoleh pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang, tidur malam sudah tidak terganggu, pusing sudah tidak ada, skala nyeri 2. Evaluasi objektif tidak tampak kemerahan pada bekas luka operasi, luka bekas operasi tampak sudah mulai kering, klien tampak tenang, TD 121/80 mmHg, RR 20 x/menit.

## **B. Pembahasan Kasus**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas perbandingan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolon pada pasien. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 27 Februari 2024 – 2 Maret 2024 di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan, membuat rencana tindakan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan sebagai berikut :

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pasien Tn. Y berusia 48 tahun merupakan seorang ayah yang bekerja sebagai supir dengan status kawin memiliki 3 orang anak. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Astuti tentang Profil dan Kesintasan Penderita Kanker Kolon tahun 2019 di RSUP Dr. M. Djamil Padang menunjukkan bahwa penderita kanker kolon paling banyak dengan rentang usia 45-55 tahun.

Pasien masuk dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan sejak 6 bulan yang lalu, BAB berdarah dan berlendir, badan terasa lemas serta disertai dengan penurunan nafsu makan. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan nyeri perut timbul dengan skala 5, durasi 1-2 menit, nyeri terasa hilang timbul dan berdenyut, pasien mengatakan BAB nya berwarna hitam sekitar 3 minggu sebelum masuk rumah sakit, perut terasa kembung, badan pasien terasa lemas, segala aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, nafsu makan pasien menurun. Pasien mengatakan nyeri sudah dirasakan sejak 6 bulan yang lalu dan sudah pernah dibawa ke rumah sakit terdekat.

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

Riwayat kesehatan dahulu didapatkan pasien mengatakan sudah merasakan nyeri pada perut bagian kanan sejak 6 bulan yang lalu dan sudah pernah diperiksa di rumah sakit terdekat. Dokter mengatakan pasien terkena maag. Setelah dibiarkan beberapa lama nyeri perut pasien masih terasa dan bertambah kuat sehingga dirujuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien tidak memiliki riwayat kanker kolon sebelumnya. Pasien mengatakan semenjak menjadi supir makan menjadi tidak teratur, terkadang bisa 3 kali sehari kadang bisa 1 kali sehari, pasien jarang mengkonsumsi sayur dan buah-buahan. Pasien merupakan seorang perokok sejak usia 17 tahun.

Berdasarkan kasus pasien faktor penyebab kanker kolon sama dengan teori. Ditemukan beberapa faktor resiko seperti kurang mengkonsumsi makanan dengan serat seperti sayuran, namun pasien sering mengkonsumsi makanan berlemak, pedas dan berpenyedap, seperti bakso, jeroan dan makanan lainnya. Hingga saat ini penyebab utama kanker kolon belum diketahui secara pasti, diduga banyak faktor resiko seperti faktor genetic, gaya hidup (pola konsumsi lemak, kurang serat), dan lingkungan (Sayuti dan Nouva, 2019).

Saat dilakukan pengkajian post operasi biopsi, pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 2-3 menit, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat, istri dan anaknya.

Nyeri Pasca Operasi (NPO) adalah suatu reaksi kompleks tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan proses operasi), tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh, maupun penyakitnya (misal kanker, gangguan tulang belakang, dll). Keluhan yang timbul merupakan gabungan respons fisik, emosi maupun otonom. (Andika, 2020).

## 2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada Tn. Y, peneliti menegakkan 4 diagnosis, 2 diagnosis keperawatan pre operatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Serta 2 diagnosis keperawatan post biopsi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif.

### a. Diagnosis Keperawatan Pre Operatif

- 1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor ditemukan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan sejak 6 bulan yang lalu, nyeri seperti berdenyut. Saat dikaji skala nyeri yang dirasakan yaitu 5 nyeri hilang timbul dengan durasi 1-2 menit. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena pasien merasakan nyeri. Data objektif ditemukan pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah dan pasien tampak pucat. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Nyeri pada pasien kanker kolon diakibatkan oleh penekanan tumor pada area kolon yang menyebabkan kerusakan jaringan disekitar kanker sehingga menimbulkan nyeri (Khoirunnisa, 2018).

Nyeri kronik didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung sampai melebihi perjalanan suatu penyakit akut, berjalan terus menerus sampai melebihi waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan suatu trauma, dan terjadinya secara berulang-ulang dengan interval waktu beberapa bulan atau beberapa tahun. Banyak klinikus memberi batasan lamanya nyeri 3 atau 6 bulan.

Menurut analisa peneliti, diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada pasien sejalan dengan teori. Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor juga dapat ditegakkan pada kasus pasien karena didukung oleh data subjektif dan objektif

sesuai dengan standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI, 2017).

- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditemukan data subjektif pasien mengatakan cemas karena mau operasi. Pasien mengatakan cemas kalau nantinya akan memakai kantong kolostomi permanen. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Indah Helmalia Putri (2021) yang juga menegakkan diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditunjang dengan data subjektif pasien mengatakan cemas dan khawatir pada penyakitnya karena akan dilakukan operasi laparatomi.

Kecemasan pasien pre operasi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor pengetahuan, dukungan keluarga, jenis operasi, komunikasi atau sikap perawatan dalam mengaplikasikan pencegahan kecemasan terhadap pasien pre operasi (Oktarini & Prima, 2021).

#### b. Diagnosis Keperawatan Post Biopsi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditemukan data subjektif pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, nyeri seperti berdenyut-denyut, skala nyeri 6, nyeri ketika pasien bergerak. Data objektif ditemukan pasien tampak meringis, pasien tampak lemas, dan pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri, pasien mendapatkan terapi obat ketorolac 3x30 ml (IV). Dari data tersebut peneliti mengangkat diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shintia Lara Delfi (2020) yang juga menegakkan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur

operasi). Ditunjang dengan data subjektif pasien mengatakan perut terasa nyeri di bekas operasinya, pasien mengatakan nyeri semakin berat jika bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul.

Hal ini juga sama dengan penelitian Felia Yolanda (2020) yang mengangkat diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan data objektif pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak pucat dan lemah.

Menurut PPNI (2016) Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak (Mubarak, 2015).

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif ditemukan data subjektif pasien mengatakan terdapat luka bekas biopsi pada bagian tengah abdomen, pasien tampak pucat dan lemah, suhu  $36,8^{\circ}\text{C}$ . Pasien mendapat terapi obat ceftriaxone  $2 \times 10$  ml. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis keperawatan resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif.

Hal ini sejalan dengan penelitian Shintia Lara Delfi (2020) yang mengangkat diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yang ditandai dengan terdapat bekas operasi yang dibalut dengan perban.



Menurut Herdman (2015) resiko infeksi didefinisikan rentan mengalami serangan dan organisme patogenik yang berkembang dengan cepat yang dapat mengganggu kesehatan, beberapa faktor resiko yang menyebabkan infeksi adalah kurangnya pengetahuan untuk menghindari terkena pathogen, malnutrisi, obesitas, memiliki penyakit kronis dan juga tindakan prosedur invasive.

### **3. Intervensi Keperawatan**

#### **a. Intervensi Keperawatan Pre Operasi**

##### **1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor**

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri, identifikasi skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Teraupetik : berikan teknin non-farmakologis untuk menghilangkan nyeri (teknik distraksi membaca buku/koran), kontrol lingkungan, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : jelaskan penyebab pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri (teknik distraksi, pemberian obat anti nyeri misalnya paracetamol). Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, dan frekuensi nadi membaik.

Teknik distraksi adalah suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain sehingga dapat menurunkan kewaspadaan nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

##### **2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional mempunyai tujuan (SLKI) tidak ada verbalisasi kebingungan, tidak ada verbalisasi**

khawatir akibat kondisi yang dihadapi, tidak ada perilaku gelisah, tidak ada perilaku tegang, tidak pucat. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu terapi relaksasi ; observasi : identifikasi ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan, monitor respon terhadap relaksasi. Teraupetik : ciptakan lingkungan tenang dan nyaman, berikan informasi tertulis tentang prosedur teknik relaksasi, gunakan pakaian yang longgar, gunakan relaksasi sebagai penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain jika sesuai. Edukasi : jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan teknik non-farmakologi (teknik nafas dalam), jelaskan secara rinci teknik nafas dalam, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi dan melatih teknik relaksasi (nafas dalam), demonstrasikan teknik relaksasi (nafas dalam).

Pasien pre operasi yang tidak mampu mengontrol kecemasan dapat memperburuk keadaan fisiologis maupun psikologis, sehingga perlu dilakukan manajemen untuk menurunkan kecemasan (Chandra, 2020).

#### b. Intervensi Keperawatan Post Biopsi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) mempunyai tujuan (SLKI) nyeri terkontrol, dapat menggunakan teknik non-farmakologis untuk penghilang nyeri. Rencana tindakan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri ; Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri, identifikasi skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Teraupetik : berikan teknik non-farmakologis untuk menghilangkan nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), kontrol lingkungan, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : jelaskan penyebab

pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri (teknik relaksasi nafas dalam, pemberian obat anti nyeri misalnya paracetamol). Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, dan frekuensi nadi membaik.

Teknik relaksasi merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi dalam strategi penanggulangan nyeri (Widianti, 2020). Satu diantara relaksasi adalah relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merilekskan otot skelet yang mengalami spasme disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah yang mengalami spasme dan iskemik, relaksasi nafas dalam melibatkan otot dan respirasi yang tidak membutuhkan alat lain sehingga dapat dilakukan kapan saja sewaktu nyeri itu muncul. Sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam, mayoritas responden mengatakan nyeri berat, tetapi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam, responden mengatakan intensitas nyeri menjadi ringan (Igianny, 2018).

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

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

#### 4. Implementasi Keperawatan

##### a. Implementasi Keperawatan Pre Operatif

- 1) Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan **Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor** pada tanggal 27 Februari 2024 adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan penyebab, kaji dampak nyeri terhadap kualitas hidup, kaji bagaimana pasien mengatasi nyeri, mengajarkan penggunaan teknik non-farmakologis (teknik distraksi), memonitor TTV, memberikan obat anti nyeri ketorolac 3 x 30 mg (IV).

Implementasi yang dilakukan adalah mengajarkan pada Tn. Y yaitu terapi distraksi. Implementasi yang dilakukan adalah sesuai dengan teori yaitu memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik distraksi untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

- 2) Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional** pada tanggal 27 Februari 2024 adalah terapi relaksasi dengan tindakan keperawatan mengkaji penyebab cemas pada pasien, mencari teknik relaksasi untuk mengurangi cemas (teknik nafas dalam), meminta persetujuan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam, memperagakan teknik nafas dalam dan meminta pasien untuk menirukan, melihat respon pasien terhadap teknik non-farmakologis (nafas dalam).

##### b. Implementasi Keperawatan Post Biopsi

1. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan **Nyeri akut berhubungan dengan agen**

**pencedera fisik (prosedur operasi)** adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri seperti posisi miringkiri/kanan dan terapi relaksasi, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan, fasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, memberikan terapi obat ketorolac 3x30 mg untuk mengurangi rasa nyeri dan ranitidine 3 x 25 ml (IV).

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

2. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan **resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif** dari tanggal adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menjelaskan tanda gejala infeksi, memberikan obat ceftriaxone 2x10 ml (IV), memberikan obat kalnex 3 x 60g dan metronidazole 3 x 60 gr (peroral).

Berdasarkan teori Mulyanti, 2014 untuk mencegah adanya komplikasi dari adanya luka tindakan yang dilakukan yaitu tentang perawatan luka. Alasannya untuk mengetahui luas, kedalaman, tepi, dan keadaan luka, perawatan luka untuk mencegah infeksi, pasien memahami tanda-tanda infeksi dan memberi tahu tanda-tanda infeksi, memberikan edukasi tentang perawatan luka.

## 5. Evaluasi Keperawatan

### a. Evaluasi Keperawatan Pre Operatif

- 1) **Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor** yaitu nyeri teratasi sebagian pada kunjungan pertama ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada abdomen sudah berkurang, nyeri terasa seperti berdenyut-denyut, nyeri hilang timbul berlangsung selama kurang lebih 1 menit dengan skala nyeri 3. Data objektif pasien tampak tenang, rileks, TD 120/80 mmHg, HR 71 x/menit, RR 18 X/menit, T 36,5<sup>0</sup>C. Masalah teratasi sebagian dengan kriteria nyeri pasien belum sepenuhnya terkontrol, pasien sudah melakukan tindakan mengurangi nyeri. Intervensi dilanjutkan dengan mengkaji nyeri secara komprehensif kembali, monitor nyeri, dan manajemen nyeri.
- 2) **Diagnosis ansietas berhubungan dengan krisis situasional** yaitu ansietas teratasi sebagian pada pertemuan ke-2 ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan rasa cemasnya sudah berkurang karena tidak jadi operasi pengangkatan kankernya, pasien masih dilakukan tindakan biopsi. Data objektif pasien tampak tenang, pasien tampak tidak cemas lagi, TD pasien normal. Intervensi dihentikan.

### b. Evaluasi Keperawatan Post Biopsi

- 1) **Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)** didapatkan masalah teratasi pada pertemuan ke-5 dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, tidur pada malam hari sudah nyenyak dan tidak terganggu lagi, skala nyeri 2. Data objektif didapatkan wajah meringis sudah tidak ada, klien tampak tenang, TD 120/65 mmHg, HR 80 x/menit, RR 20 x/menit.
- 2) **Diagnosis risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif** didapatkan masalah teratasi ditandai dengan evaluasi subjektif yang diperoleh pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, tidur malam sudah tidak terganggu, pusing sudah tidak ada, skala nyeri 2. Evaluasi

objektif tidak tampak kemerahan pada bekas luka operasi, klien tampak tenang, TD 121/80 mmHg, RR 20 x/menit.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolon di ruangan bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024, peneliti menyimpulkan :

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Hasil pengkajian pada pasien kanker kolon didapatkan keluhan pasien pada fase pre operatif yaitu pasien mengatakan nyeri perut timbul dengan skala 5, durasi 1-2 menit, nyeri terasa hilang timbul dan berdenyut, pasien mengatakan BAB nya berwarna hitam sekitar 3 minggu sebelum masuk rumah sakit, badan pasien terasa lemas, nafsu makan pasien menurun. Pada fase post operasi pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 2-3 menit, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat, istri dan anaknya.

##### **2. Diagnosis Keperawatan**

Terdapat 4 diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien yaitu 2 diagnosis keperawatan pre operatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Serta 2 diagnosis keperawatan post biopsi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif.

##### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada kasus kanker kolon sesuai dengan SIKI yaitu manajemen nyeri, terapi relaksasi (teknik nafas



dalam), terapi distraksi membaca buku/koran, pencegahan infeksi, perawatan luka, pemberian analgetik.

#### 4. Implementasi Keperawatan

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

#### 5. Evaluasi Keperawatan

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

#### 6. Dokumentasi Keperawatan

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

### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

#### 1. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini menambah kemampuan dan pengalaman peneliti dalam keperawatan medikal bedah terutama pada kasus kanker kolon serta menambah wawasan dan ilmu pengetahuan peneliti tentang penerapan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolon.

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah studi kepustakaan dan menjadi masukan yang berarti dan bermanfaat bagi mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang khususnya jurusan keperawatan.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai perbandingan dan dasar pada penelitian selanjutnya tentang kanker kolon.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andika, M., Nurleny, Desnita, R., Alisa, F., & Despitasari, L. (2020). *Penyuluhan Pemberian Foot Massage terhadap Peubahan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi di Ruangan Bedah Wanita RSUP dr. M. Djamil Padang*. Jurnal Abdimas Saintika, 2(2).
- American Cancer Society. (2020). *Colorectal Cancer Facts and Figures 2020-2022*. American Cancer Society, 66(11), 1–41. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2020-2022.pdf>
- Astuti. (2019). *Profil dan Kesintasan Penderita Kanker Kolon di RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Vol 1 No 1;45-49.
- Chandra, F. (2020). *Manajemen Non Farmakologis Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi*. 1-3
- Delfi, Shintia Lara. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Post Operasi Kanker Kolorektal di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang*
- Firdaus. (2019). *Faktor Resiko Kanker Kolorektal*. Yogyakarta : MediAction.
- Fitriatuzzakiyyah, Sinuraya, & Puspitasari. (2017). *Cancer Therapy with Radiation: The Basic Concept of Radiotherapy and Its Development in Indonesia*. Indonesian Journal of Clinical Pharmacy, 6(4), 311–320. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2017.6.4.311>
- Hartati, Widya. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kemoterapi Dengan Ca Colon Yang Dirawat Di Rumah Sakit*.
- Ilham, R., Mohammad, S., & Yusuf, M. N. S. (2019). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap Perawat Tentang Perawatan Paliatif*. Jambura Nursing Journal, 1(2), 96–102.
- Kasron, S. K. (2018). *Anatomi Fisiologi dan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta : CV. Trans Info Media

- Kemenkes RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses dari: <http://www.kemkes.go.id>.
- Kumala sari & Arif muttaqin. (2014). *Gangguan Gastrointestinal (Aplikasi Asuhan Keperawatan Medical Bedah)*. Jakarta: Salemba Medika
- Mardalena. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Merdawati, Leni, dan Hema Malini. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Depok: Rajawali Pers.
- Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mulyanti Sri, Diyono. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Jakarta : 2013
- Munawaroh, Khoirunnisa. (2018). *Skala Nyeri Pada Pasien Kanker Kolorektal yang Menjalani Kemoterapi*. Jurnal GASTER Vol. 16(2) : 164. Diakses dari <https://journal.aiska-university.ac.id/index.php/gaster/article/view/291>
- Oktarini, S & Prima, R. (2021). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Fraktur Pre Operasi*
- Padila. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta : DPP PPNI
- Putri, Indah Helmalia. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Kolon Pre dan Post Laparatomi di Ruangannya Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang*.
- Retno Nurul Latifah. (2020). *Karakter Klinis Penderita Kanker Kolorektal*. Kaos GL Dergisi 8(75):147–54.

- Rukajat, Ajat. (2018). *Metodologi Penelitian (Kuantitatif Dan Kualitatif)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sari, M. I., Wahid, I., & Suchitra, A. (2019). *Kemoterapi Adjuvan pada Kanker Kolorektal*. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1), 51–57. Diakses dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
- Sayuti, Muhammad dan Nouva. (2019). “Kanker Kolon”. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh* 5(2):76.
- Smeltzer & Bare. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol 2*. Jakarta : EGC
- Usohin, D. N., Falah, F., & Dasong, S. (2018b). *Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Manajemen Kemoterapi Pada Pasien Kanker Di Rs Ibnu Sina Makassar*. 12(2012), 146–152.
- Wahyuningsih, A. (2018). *Pathway Ca Colon*.
- Widianti, S. (2020). *Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur (Studi Literatur)*. 12(23), 92–99.
- Yolanda, Felia. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Kolon Di Ruangana IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang*

# LAMPIRAN

Lampiran 1 - Gantchart Kegiatan

**JADWAL KEGIATAN**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KANKER KOLON DI RUANGAN BEDAH**  
**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**TAHUN 2023**

NO	Kegiatan	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Konsultasi Dan Ace Juhl Proposal											
2	Pembuatan Proposal dan konsultasi											
3	Pendaftaran Sidang Proposal											
4	Sidang Proposal											
5	Perbaikan Proposal											
6	Pesulitan dan Perayaan											
7	Pendaftaran Ujian K II											
8	Sidang K II											
9	Perbaikan K II											
10	Pengumuman Perbaikan K II											
11	Publikasi Hasil K II											

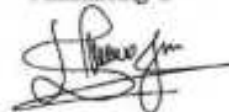
Padang.....

Pembimbing 1



(Ns. Sila Dewi Anggreni, M. Kep., Sp. KMB)  
 NIP. 19700327 199303 2 002

Pembimbing 2



(Ns. Defia Roza, S. Kep., M. Biomed)  
 NIP. 19730503 199503 2 002

Mahasiswa



(Puti Rahima Dwi Andini)  
 NIM. 213110136

Lampiran 2 – Surat Izin Survei Pengambilan Data dari Kemenkes Poltekkes Padang



Nomor : PP.03.01/4298/2023  
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 )

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

03 September 2023  
Direktur Poltekrik 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 Sirosis 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	Naxyiwa Ayumi Salsabila	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 Safitri	213110102	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Di RSUP Dr M. Djamil Padang
6	Melisya Tri Andara	213110128	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB Di RSUP Dr M. Djamil Padang
7	Alifa Ramadhani	2131110084	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUP Dr M.Djamil Padang
8	Fauzan Hamdani	213110106	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Fisik Pada Pasien Fraktur Femur Dorsop Dr M.Djamil Padang
9	Dindriana Azzahra	213110098	Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien TB Paru Di RSUP Dr M. Djamil Padang
10	Fitria Fatma	213110110	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Mammar Di RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
11	Atika Sania Azzahra	213110091	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Ca Mamae Di RSUP DR.MDJAMIL PADANG

Lampiran 3 – Surat Izin Survei Pengambilan Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang



**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM**  
**KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN**  
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext 245  
Email : dkkat.mdjamil@yahoo.com

**NOTA DINAS**

Nomor: DP.03.01/XVI.1.3.2/157/IX/2023

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

Dari : Kepala Urusan Penelitian

Hal : Izin Survei Awal

Tanggal : 14 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 : Puli Rahima Dwi Andini  
NIM/BP : 213110136  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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


**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Ca Colon di RSUP Dr. M. Djamil Padang"**

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




*ke amy awal 14/9/2023*  
*ini respect ab*

Dewi Febrina, S.Kom

Lampiran 4 – Surat Izin Penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang

	<b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN</b> POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (Hunting) Website : <a href="http://www.poltekkes-pdg.ac.id">http://www.poltekkes-pdg.ac.id</a> Email : <a href="mailto:direktorat@poltekkes-pdg.ac.id">direktorat@poltekkes-pdg.ac.id</a>				
Nomor	: PP.03.01/2119/2024	2 Februari 2024			
Perihal	: <b>Penelitian</b>				
Kepada Yth. : 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.	Puti Rahima Dwi Andini	213110136	Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker KOLON di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang	3 Februari – 30 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,  RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa					
<small>Dokumen ini telah dibastarografi secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSIF) BSSW</small>					

Lampiran 5 – Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

 <b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN</b> RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371 Website : www.csjdjamil.co.id, Email : csjpdjamil@yahoo.com	
Nomor : DP.04.03/D.XVI.2.3/100.../2024 Perihal : Izin Melakukan Penelitian <b>a.n. Putri Rahima Dwi Andini</b>	05 Februari 2024
<p><b>Yang terhormat,</b> <b>Direktur Politeknik Kesehatan</b> <b>Kementerian Kesehatan Padang</b> <b>Di</b> <b>Tempat</b></p> <p>Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Nomor. PP.03.01/2116/2024 tanggal 02 Februari 2024 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:</p> <p style="margin-left: 40px;">Nama : Putri Rahima Dwi Andini NIM/BP : 213110136 Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang</p> <p>Untuk melakukan penelitian di RSUP. Dr. M. Padang, dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :</p> <p style="text-align: center;"><b>"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024 "</b></p> <p>Dengan catatan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".</li><li>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.</li><li>3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Tim Kerja Penelitian RSUP. Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/upload link: <a href="mailto:litbangrsupmdjamil">litbangrsupmdjamil</a>).</li><li>4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.</li></ol> <p>Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.</p> <div style="text-align: right;"><p>a.n. Manajer Penelitian Asisten Manajer Penelitian</p><p>Ns. Alfian, M.Kep, Sp.MB NIP: 197510102002121003</p></div>	
<p>Tembusan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Instalasi Terkait</li><li>2. Yang bersangkutan</li></ol>	
	

## Lampiran 6 – Surat Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

### SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,  
Bapak/Ibu Calon Responden  
Di Tempat

Dengan Hormat

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Puti Rahima Dwi Andini

NIM : 213110136

Institusi : Prodi D3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang

Bertama ini kami memohon Bapak/Ibu, untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang".

Penelitian ini bersifat sukarela, Bapak/Ibu dan keluarga boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun Bapak/Ibu dan keluarga inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu.

Sebelum Bapak/Ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan penelitian ini untuk melihat Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberika institusi tempat peneliti melakukan penelitian dengan tetap menjaga kerahasiaan Bapak/Ibu.
3. Jika ada yang belum jelas, silahkan ditanyakan kepada peneliti.
4. Jika Bapak/Ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan Bapak/Ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan yaitu *Informed consent*.

Padang, 27 Februari 2024

Peneliti



(Puti Rahima Dwi Andini)

Poltekkes Kemenkes Padang

**INFORMED CONSENT**  
(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : *Yeshendra*  
Umur/ tgl lahir : *46 Tahun*  
Penanggung jawab : *Ipa*  
Hubungan / : *Istri*

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama *Puti Rahima Dwi Andini (213110136)*, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

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

Padang, 27 Februari 2024  
Responden








( *Yeshendra* )

Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 7 – Daftar Hadir Penelitian

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Putri Rahima Dwi Andini  
Nim : 213110136  
Asal Instansi : Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang  
Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	Hari/ Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan
1.	Selasa / 27-02-2024	YOLA FEBRIANA	
2.	Rabu / 28-02-2024	NI SUKUMANDHIT JURY	 NI SUKUMANDHIT JURY NIP. 01120190010000000
3.	Kamis / 29-02-2024	NI SUKUMANDHIT PURI	 NI SUKUMANDHIT PURI NIP. 01120190010000000
4.	Jumab / 1-03-2024	EIRA EKA PUTRI	
5.	Sabtu / 2-03-2024	PUTRI SUKALO	

Mengetahui,

Ka Ruang Bedah



NI YOLA FEBRIANA, S. Nig  
NIP. 01120190010000000

( )



Lampiran 8 – Surat Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang



Kementerian Kesehatan  
RS M. Djamil

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

**SURAT KETERANGAN**  
DP.04.03/D.XVI.2.3/563/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Putri Rahima Dwi Andini  
NIMBP : 213110136  
Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap (Bedah) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 27 Februari 2024 s/d 02 Maret 2024, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Kolon di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024"**

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 28 Mei 2024

Afriz, Manajer Penelitian  
Asisten Manajer Penelitian

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











Kementerian Kesehatan tidak menafikan susip dan/atau gradifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi susip atau gradifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://halo.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://ta.keminfo.co.id/verifyPDE>.



Lampiran 9 – Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 1

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

Nama : Puti Rahima Dwi Andini  
Nim : 213110136  
Pembimbing I : Ns. Sila Dewi Anggreni, M. Kep, Sp. KMB  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolon di Ruang Bedah  
RSUP Dr. M. Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	27 Agustus 2023	Konsultasi judul	
2	28 Agustus 2023	Acc Judul	
3	18 September 2023	Konsul BAB I	
4	20 September 2023	Konsul revisi BAB I dan konsul BAB II	
5	12 Oktober 2023	Konsul BAB III	
6	8 November 2023	Konsul revisi BAB I, BAB II, BAB III	
7	4 Januari 2024	Konsul revisi BAB I, II, III, Daftar pustaka	
8	5 Januari 2024	Acc proposal	
9	20 Mei 2024	Konsul aspek	
10	21 Mei 2024	Konsul revisi aspek dan BAB IV	

11	22 Mei 2024	Konsul revisi BAB IV	
12	23 Mei 2024	Konsul BAB V	
13	24 Mei 2024	Konsul revisi BAB IV dan BAB V	
14	27 Mei 2024	Acc sidang KTI	

Lampiran 10 – Lembar Konsultasi KTI Pembimbing 2

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

Nama : Putri Rahima Dwi Andini  
 Nim : 213110136  
 Pembimbing II : Ns. Defia Roza, S.Kep, M. Biomed.  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Kolon Di Ruangan Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	28-08-23	acc judul	\$
2	23-10-23	Perbaiki kata belahang	\$
3	18-12-23	Perbaiki BAB I & BAB II	\$
4	20-12-23	Perbaiki BAB III	\$
5	2-1-24	Perbaiki BAB IV, lengkapi lampiran	\$
6	8-1-2024	acc utk ujian	\$
7	20-5-2024	Konsul format penulisan, perbaiki BAB IV dan V, Perbaiki bab iii	\$
8	27-5-2024	Perbaikan abstrak	\$
9	28-5-2024	ACC Ujian KTI	\$
10			

Lampiran 11 - Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN PASIEN**

**KANKER KOLON**

**A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA**

1. Identitas Klien

Nama : Tn. Y  
Umur : 48 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pendidikan : SD  
Alamat : Dharmasraya

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Ny. I  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Dharmasraya  
Hubungan : Istri

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 21 Februari 2024  
No. Medical Record : 01.20.78.33  
Ruang Rawat : Ruang Bedah Pria  
Diagnosa Medik : Ca Colon Asenden  
Yang mengirim/merujuk : RSUD Sungai Dareh Dharmasraya  
Alasan Masuk : Pasien masuk dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan sejak 6 bulan yang lalu, BAB berdarah dan berlendir, badan terasa lemas serta disertai dengan penurunan nafsu makan.

#### 4. Riwayat Kesehatan

##### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama Masuk : Pasien masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 21 Februari 2024 pukul 11.56 WIB, pasien masuk melalui IGD setelah dirujuk oleh RSUD Sungai Dareh Dharmasraya, sekarang pasien dirawat di ruang bedah pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien masuk dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan sejak 6 bulan yang lalu, BAB berdarah dan berlendir, badan terasa lemas serta disertai dengan penurunan nafsu makan.

##### b) Keluhan Saat Ini (Saat Pengkajian) :

(1) Pre Operasi : Saat dilakukan pengkajian pada Selasa tanggal 27 Februari 2024 pukul 10.00 WIB diruang Bedah Pria, pasien mengatakan nyeri perut timbul dengan skala 5, durasi 1-2 menit, nyeri terasa hilang timbul dan berdenyut, pasien mengatakan BAB nya berwarna hitam sekitar 3 minggu sebelum masuk rumah sakit, badan pasien terasa lemas, segala aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, nafsu makan pasien menurun. Pasien mengatakan nyeri sudah dirasakan sejak 6 bulan yang lalu dan sudah pernah dibawa ke rumah sakit terdekat.

(2) Post Operasi : Saat dilakukan pengkajian post operasi biopsi pada tanggal 28 Februari 2024 pukul 10.00 WIB. Pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 2-3 menit, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat, istri dan anaknya.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu : Riwayat kesehatan dahulu didapatkan pasien mengatakan sudah merasakan nyeri pada perut bagian kanan sejak 6 bulan yang lalu dan sudah pernah diperiksa di rumah sakit terdekat. Dokter mengatakan pasien terkena maag. Setelah dibiarkan beberapa lama

nyeri perut pasien masih terasa dan bertambah kuat sehingga dirujuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien tidak memiliki riwayat kanker kolon sebelumnya. Pasien mengatakan semenjak menjadi supir makan menjadi tidak teratur, terkadang bisa 3 kali sehari kadang bisa 1 kali sehari, pasien jarang mengkonsumsi sayur dan buah-buahan. Pasien merupakan seorang perokok sejak usia 17 tahun.

- b. Riwayat Kesehatan Keluarga : Tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien, tetapi keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit Hernia dan Ambeien yaitu paman pasien.

5. Kebutuhan Dasar (ADL)

a. Makan

Sehat : Saat sehat 1-3 kali sehari lengkap dengan lauk dengan porsi yang sedang dan selalu habis

Sakit : Pada saat dirawat pasien makan 3 kali sehari dengan porsi yang diberikan oleh rumah sakit.

b. Minum

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

Sakit : Pasien mengatakan minum air putih sebanyak 6-7 gelas sehari (1000-1600 cc)

c. Tidur

Sehat : Pasien mengatakan tidur 6-8 jam/hari, kualitas tidur baik

- Sakit : Pasien mengatakan tidur 4-5 jam/hari, pasien sulit tidur karena nyeri pada perut
- d. Mandi
- Sehat : Pasien mandi 2x/hari (pagi dan sore)
- Sakit : Pasien mandi 1x/hari
- e. Eliminasi
- Sehat : Pasien BAB 1x/hari, BAB lancar tidak ada lendir dan darah, BAB padat, berwarna coklat kekuningan. BAK 4-5x/hari, warna kuning. Tidak ada nyeri saat BAB ataupun BAK.
- Sakit : 6 bulan yang lalu BAB pasien berdarah dan berlendir, sekitar 3 minggu sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan BAB nya berwarna hitam. BAK pasien normal tidak ada keluhan, warna kekuningan, frekuensi 5-6x/hari, bau khas.
- f. Aktifitas pasien
- Sehat : Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, tanpa bantuan orang lain.
- Sakit : Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari sendiri, namun kadang dibantu keluarga/perawat (seperti makan, minum, dan ke kamar mandi)

## 6. Pemeriksaan Fisik

- Tinggi / Berat Badan : 178 cm / 75 kg
- Tekanan Darah : 120/65 mmHg
- Suhu : 36,5<sup>0</sup>C
- Nadi : 80 X / Menit
- Pernafasan : 20 X / Menit
- Rambut : Hitam, tidak ada lesi, tidak ada kerontokan
- Telinga : Simetris, tidak ada keluhan
- Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
- Hidung : Hidung bersih, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung
- Mulut : Mukosa bibir kering, keadaan gigi utuh
- Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
- Toraks (Jantung) : I : Ictus cordis tidak terlihat  
P: Ictus cordis teraba  
P: Batas jantung normal  
A: Irama reguler
- Toraks (Paru-Paru) : I : Gerakan dinding dada simetris  
P: Fremitus kiri = kanan  
P: Sonor  
A: Vesikuler (+/+)
- Abdomen : I : Distensi tidak ada  
P: Ada nyeri tekan



P: Timpani

A: BU normal 10x/i

- Kulit : Turgor kulit baik
- Ekstremitas
  - Atas : Tidak ada edema, CRT > 3 detik, akral hangat, tidak ada keluhan
  - Bawah : Tidak ada edema, CRT > 3 detik, akral hangat, tidak ada keluhan

7. Data Psikologis

- Status emosional : Emosi pasien kurang terkontrol ketika sakit, istri pasien mengatakan ketika ada perawatan yang salah atau tidak disukai oleh pasien, maka pasien langsung marah.
- Kecemasan : Pasien mengatakan cemas kalau nantinya akan memakai kantong kolostomi permanen
- Pola koping : Pasien berdo'a agar diberikan kesembuhan dan dapat berkumpul serta bercanda lagi dengan keluarganya, dan dapat bekerja lagi.
- Gaya komunikasi : Pasien dan keluarga berkomunikasi menggunakan bahasa minang.
- Konsep Diri : Pasien mengatakan yakin bahwa ia bisa segera sembuh dari penyakit yang dideritanya.

8. Data Ekonomi Sosial : Pasien bekerja sebagai supir

9. Data Spiritual : Pasien banyak mengingat Allah SWT, walaupun sedang sakit pasien tetap melaksanakan sholat 5 waktu dengan cara berbaring.

10. Lingkungan Tempat Tinggal

Tempat pembuangan kotoran	: Septitank
Tempat pembuangan sampah	: Tong sampah
Pekarangan	: Bersih dan asri
Sumber air minum	: Air galon
Pembuangan air limbah	: Ke sungai

11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Tanggal : 24 Februari 2024

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
Hemoglobin	10.7	g/dL	13.0-16.0
Leukosit	13.87	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
Trombosit	402	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
Hematokrit	33	%	40.0-48.0
Eritrosit	4.52		4.50-5.50
IPF	!		
MCV	72	fL	82.0-92.0
MCH	24	pg	27.0-31.0
MCHC	33	%	32.0-36.0
RDW-CV	22.8	%	11.5-14.5
Basofil	0.00	%	0-1
Eosinofil	2	%	1-3
Neutrofil Batang	1	%	2.0-6.0
Neutrofil Segmen	83	%	50.0-70.0
Limfosit	9	%	20.0-40.0
Monosit	5	%	2.0-8.0

12. Program Terapi Dokter

<b>No</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Cara</b>
1.	NaCl	500cc/8 jam	IV
2.	Ranitidine	2 x 50 mg	IV
3.	Ketorolac	3 x 30 mg	IV
4.	Ceftriaxone	2 x 10 ml	IV
5.	Kalnex	3 x 1 50 g	Peroral
6.	Metronidazol	3 x 1 50 g	Peroral

## ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn. Y

NO. MR : 01. 20. 78. Xx

### a. Analisa Data Pre Operasi

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan sejak 6 bulan yang lalu.</li><li>2) Saat dikaji skala nyeri yang dirasakan yaitu 5, nyeri hilang timbul dengan durasi 1-2 menit.</li><li>3) Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena pasien merasakan nyeri.</li></ol> <p><b>Do :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Pasien tampak meringis kesakitan</li><li>2) Pasien tampak gelisah dan pasien tampak pucat</li><li>3) TTV :<ul style="list-style-type: none"><li>• TD : 120/65 mmHg</li><li>• HR : 80 x/i</li><li>• RR : 20 x/i</li><li>• S : 36,5<sup>0</sup>C</li></ul></li></ol>	Infiltrasi tumor	Nyeri Kronis

2.	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan cemas karena mau operasi.</li> <li>2) Pasien mengatakan cemas kalau nantinya akan memakai kantong kolostomi permanen</li> </ol> <p><b>Do :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Pasien tampak gelisah</li> <li>5) TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 120/65 mmHg</li> <li>• HR : 80 x/i</li> <li>• RR : 20 x/i</li> <li>• S : 36,5<sup>0</sup>C</li> </ul> </li> </ol>	Krisis Situasional	Ansietas
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	----------

b. Analisa Data Post Biopsi

1.	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi</li> <li>2) Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, skala nyeri 6</li> <li>3) Pasien mengatakan nyeri ketika bergerak</li> <li>4) Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri</li> </ol> <p><b>Do :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak meringis</li> </ol>	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi)	Nyeri Akut
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------

	<p>2) Pasien tampak lemas</p> <p>3) TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 120/80 mmHg</li> <li>• HR : 90 x/i</li> <li>• RR : 20 x/i</li> <li>• S : 36,8<sup>0</sup>C</li> </ul>		
2.	<p><b>Ds :</b></p> <p>1) Pasien mengatakan terdapat luka bekas biopsi pada bagian tengah abdomen.</p> <p><b>Do :</b></p> <p>1) Tampak ada luka di bagian tengah abdomen pasien</p> <p>2) Pasien tampak pucat dan lemah</p> <p>3) TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 120/80 mmHg</li> <li>• HR : 90 x/i</li> <li>• RR : 20 x/i</li> <li>• S : 36,8<sup>0</sup>C</li> </ul>	<p>Efek Prosedur Invasif</p>	<p>Risiko Infeksi</p>

## DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. Y

NO. MR : 01. 20. 78. Xx

### a. Diagnosis Keperawatan Pre Operasi

<b>Tanggal Muncul</b>	<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tanggal Teratasi</b>	<b>Tanda Tangan</b>
27 Februari 2024	1.	Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	28 Februari 2024	
27 Februari 2024	2.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	28 Februari 2024	

### b. Diagnosis Keperawatan Post Biopsi

28 Februari 2024	1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	2 Maret 2024	
29 Februari 2024	2.	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	2 Maret 2024	

## PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. Y

NO. MR : 01. 20. 78. Xx

### a. Intervensi Keperawatan Pre Operasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan ( SLKI )	Intervensi ( SIKI )
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (hal :201)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik distraksi)</li> </ol>



			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
2.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p>	<p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Periksa frekuensi nadi, TD, RR dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p>

		<p>2. Perilaku gelisah menurun</p> <p>3. Perilaku tegang menurun</p> <p>4. Pola tidur membaik</p>	<p>3. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan.</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> <li>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat batasan dan jenis relaksasi nafas dalam</li> <li>2. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> </ol>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

b. Intervensi Keperawatan Post Biopsi

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan Strategi meredakan nyeri.</li> </ol>

			<p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan</li> </ol>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>2. Gunakan pakaian longgar</li> <li>3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> </ol>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			5. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam)
2.	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun	<b>Perawatan Luka</b> (hal : 328) <b>Observasi</b> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <b>Teraupetik</b> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i> 3. Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, <i>jika perlu</i> 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p> <p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>3. Ajarkan perawatan luka</p> <p>4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. Y

NO. MR : 01. 20. 78. Xx

a. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operasi

Hari /Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan ( SOAP )	Paraf
Selasa/27 Februari 2024	Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melakukan pengkajian nyeri</li> <li>2) Memonitor TTV</li> <li>3) Mengajarkan cara penggunaan teknik non-farmakologis (teknik distraksi membaca buku)</li> <li>4) Memberikan terapi obat ketorolac 3x30 ml</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut dengan skala 5</li> <li>2) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 1-2 menit</li> <li>3) Pasien mengatakan terasa sedikit rileks setelah terapi relaksasi nafas dalam.</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak meringis</li> <li>2) TD : 120/80 mmHg</li> <li>3) HR : 71 x/i</li> <li>4) RR : 18 x/i</li> <li>5) S : 36,5<sup>0</sup>C</li> </ol>	



			<p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (Teknik nafas dalam)</p>	
Selasa/27 Februari 2024	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengkaji penyebab cemas pasien</li> <li>2) Mencari teknik relaksasi untuk mengurangi cemas (teknik nafas dalam)</li> <li>3) Meminta persetujuan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam</li> <li>4) Memperagakan teknik nafas dalam dan meminta pasien untuk menirukan</li> <li>5) Melihat respon pasien terhadap teknik non-farmakologis (nafas dalam).</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan operasi</li> <li>2) Pasien mengatakan cemas jika kolostominya permanen.</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien setuju untuk melakukan terapi relaksasi nafas dalam</li> <li>2) Pasien tampak mengikuti terapi dengan baik</li> <li>3) Pasien tampak lebih tenang setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam.</li> </ol>	

			A : Masalah ansietas teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan secara mandiri.	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------	--

b. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Post Biopsi

<b>Hari /Tgl</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>	<b>Evaluasi Keperawatan ( SOAP )</b>	<b>Paraf</b>
Rabu/28 Februari 2024	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor TTV</li> <li>2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>3) Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4) Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan teknik napas dalam</li> <li>5) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>6) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>7) Kolaborasi pemberian ketorolac 3 x 30 ml dan ranitidine.</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</li> <li>2) Pasien mengatakan skala nyeri 6</li> <li>3) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>4) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 2-3 menit</li> <li>5) Pasien mengatakan sulit tidur malam karena nyeri</li> </ol> <p>O :</p>	

			<p>1) Pasien tampak meringis</p> <p>2) Pasien tampak lemas</p> <p>3) TD : 125/70 mmHg</p> <p>4) HR : 102 x/i</p> <p>5) RR : 20 x/i</p> <p>6) Suhu : 36,8<sup>0</sup>C</p> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Kamis/29 Februari 2024	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>1) Memonitor TTV</p> <p>2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3) Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>4) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>5) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>6) Kolaborasi pemberian anti nyeri</p>	<p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan masih nyeri pada luka post operasi dengan skala 3</p> <p>2) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>3) Pasien mengatakan masih sulit tertidur ketika malam hari karena nyeri</p>	

			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak meringis sesekali</li> <li>2) TD : 130/72 mmHg</li> <li>3) HR : 89 x/i</li> <li>4) RR : 19 x/i</li> <li>5) Suhu : 36,3<sup>0</sup>C</li> </ol> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	Resiko Infeksi berhubungan dengan dengan efek prosedur invasive	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melakukan perawatan luka</li> <li>2) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4) Memepertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>5) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga</li> <li>6) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> <li>7) Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan luka post operasi masih terasa basah dan nyeri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak meringis</li> <li>2) Luka post operasi pasien masih tampak basah</li> </ol> <p>A : Risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

		atas orderan dari dokter		
Jum'at/1 Maret 2024	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor TTV</li> <li>2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>3) Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>5) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>6) Kolaborasi pemberian anti nyeri</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi mulai berkurang dengan skala 3</li> <li>2) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga</li> <li>3) Pasien mengatakan masih sulit tertidur ketika malam hari karena nyeri</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak meringis sesekali</li> <li>2) TD : 118/89 mmHg</li> <li>3) HR : 92 x/i</li> <li>4) RR : 19 x/i</li> <li>5) Suhu : 36,3<sup>0</sup>C</li> </ol> <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p>	

			P : Intervensi dilanjutkan	
	Resiko Infeksi berhubungan dengan dengan efek prosedur invasive	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melakukan perawatan luka</li> <li>2) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>5) Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr atas orderan dari dokter</li> </ol>	<p>S : Pasien mengatakan luka post operasi mulai kering dan nyeri berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak meringis</li> <li>2) Luka post operasi pasien masih tampak basah</li> </ol> <p>A : Risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
Sabtu/2 Maret 2024	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor TTV</li> <li>2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>3) Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>5) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi berkurang dengan skala 2</li> <li>2) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga</li> </ol>	

		6) Kolaborasi pemberian anti nyeri	3) Pasien mengatakan tidak sulit tertidur pada malam hari O : 1) TD : 121/76 mmHg 2) HR : 92 x/i 3) RR : 19 x/i 4) Suhu : 36,5 <sup>0</sup> C A : Nyeri akut teratasi P : Intervensi dihentikan	
	Resiko Infeksi berhubungan dengan dengan efek prosedur invasive	1) Melakukan perawatan luka 2) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Memertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 5) Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr atas orderan dari dokter	S : Pasien mengatakan luka post operasi sudah mulai kering dan tidak nyeri O : Luka post operasi pasien tampak sudah mulai kering A : Risiko infeksi teratasi P : Intervensi dihentikan.	

Lampiran 12 – Skor Turnitin

ORIGINALITY REPORT			
12%	10%	2%	6%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper		4%
2	www.scribd.com Internet Source		2%
3	docobook.com Internet Source		1%
4	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source		1%
5	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source		<1%
6	Submitted to Universitas Andalas Student Paper		<1%
7	pdfcoffee.com Internet Source		<1%
8	123dok.com Internet Source		<1%
9	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source		<1%