

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN KANKER  
KOLON DI RUANGAN IRNA BEDAH PRIA  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**



**DZIKRA FADILA  
NIM : 223110287**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN KEMENKES  
POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2025**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN KANKER KOLON DI RUANGAN IRNA BEDAH PRIA RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

*Diajukan Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang sebagai salah satu syarat memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan*



**DZIKRA FADILA**

**NIM : 223110287**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN KEMENKES**

**POLTEKKES PADANG**

**2025**









## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



Nama : Dzikra Fadila  
NIM : 223110287  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang Panjang/ 26 Agustus 2002  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Menikah  
Orang Tua  
Ayah : Yunasril  
Ibu : Farida Yenni  
Alamat : Jln. Imam Bonjol No.15 Balai-balai, Kec. Padang Panjang Barat, Kota Padang Panjang  
Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Islam Jihad Padang Panjang	2008 - 2009
2.	SD	SD Negeri 03 Padang Panjang	2009 - 2015
3.	SMP	MTsN Padang Panjang	2015 - 2018
4.	SMA	SMA Negeri 2 Padang Panjang	2018 - 2021
5.	D - III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2022 - sekarang

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini. Penulisan Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ns. Yosi Suryarinilsih, M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku pembimbing utama dan Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep., M.Biomed selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. peneliti pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG.KFM MARS FisQua selaku Direktur Utama RSUP Dr. M.Djamil
3. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep,Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti,M.Kep. selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Padang
5. Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep.M.Kep selaku Pembimbing Akademik dalam berlangsungnya pendidikan di Program Studi D III Keperawatan Padang.
6. Bapak/ Ibu dosen dan staff yang telah membina dan memberi ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi peneliti selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
7. Orang tua dan keluarga peneliti yang telah memberikan segala kasih sayang, pengorbanan, dukungan material dan moral, semangat, serta do'a yang tak pernah terputus.
8. Kepada sahabat tersayang yang telah banyak membantu peneliti dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Teman–teman seperjuangan mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang Program Studi D3 Keperawatan Padang Tahun 2022 serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk peneliti menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap berkenan membalaik segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 27 Mei 2025

Peneliti

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

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2025  
Dzikra Fadila**

**“Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Kanker Kolon Di Ruangan Irna Bedah Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang”**

Isi: xii + 85 hal + 2 tabel + 1 bagan + 11 lampiran

**ABSTRAK**

Kanker kolon merupakan salah satu jenis kanker dengan angka kejadian dan angka kematian yang tinggi di dunia. Kanker kolon berdasarkan data rekam medik RSUP Dr. M.Djamil Padang tahun 2021 sebanyak 53 kasus, tahun 2022 menjadi 50 kasus, dan tahun 2023 yaitu sebanyak 59 kasus. Angka kejadian Kanker Kolon paling banyak terjadi pada usia diatas 50 tahun. Tujuan penelitian ini yaitu menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Tn. R dengan kanker kolorektal di ruangan irna bedah pria RSUP Dr.M.Djamil Padang.

Jenis penelitian ini adalah *deskriptif* dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini dilakukan di ruangan irna bedah pria RSUP Dr.M.Djamil Padang. Waktu penelitian dari bulan Oktober 2024 – Juni 2025. Asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 14 -18 Februari 2025. Populasi pasien kanker kolon berjumlah 1 orang dan sampel diambil 1 orang dengan teknik *purposive sampling*. Analisa proses keperawatan yang dilakukan peneliti meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan

Hasil penelitian didapatkan pasien mengeluh nyeri pada abdomen kanan, nyeri dengan skala nyeri 4, penurunan nafsu makan, pasien merasa cemas dan takut terhadap kondisi dan tindakan medis yang akan dilakukan. BAB pasien melalui kolostomi terkadang encer, tetapi saat pengkajian BAB normal. Diagnosis keperawatan terdapat 5, yaitu Nyeri kronis, ansietas, defisit nutrisi, nyeri akut dan risiko infeksi. Hasil evaluasi yang di dapatkan setelah melakukan asuhan keperawatan selama 5 hari yaitu nyeri kronis dan ansietas teratasi, risiko defisit nutrisi, nyeri akut dan risiko infeksi teratasi sebagian.

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

**Kata Kunci : Kanker kolon, Asuhan Keperawatan, Kolostomi.  
Daftar Pustaka : 48 (2015-2024)**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ix</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 Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Penyakit Kanker Kolorektal.....	8
1. Pengertian Kanker Kolorektal.....	8
2. Etiologi Kanker Kolorektal .....	12
3. Klasifikasi Kanker Kolorektal.....	13
4. Manifestasi Penyakit Kanker Kolorektal .....	16
5. Patofisiologi Kanker Kolorektal .....	19
6. WOC .....	20
7. Komplikasi Kanker Kolorektal .....	20
8. Penatalaksanaan Kanker Kolorektal .....	20
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	24
1. Pengkajian Keperawatan.....	24
2. Diagnosa Keperawata.....	29
3. Intervensi Keperawatan.....	30
4. Implementasi Keperawatan.....	44
5. Evaluasi Keperawatan.....	44
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>45</b>
A. Desain Penelitian.....	45
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	45
C. Populasi dan Sampel .....	45
D. Alat/ Instrumen Penelitian.....	46

E. Jenis – jenis Data.....	47
F. Prosedur Pengumpulan Data.....	48
G. Analisis.....	49
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>50</b>
A. Deskripsi Kasus.....	50
1. Pengkajian Keperawatan .....	50
2. Diagnosa Keperawatan .....	53
3. Intervensi Keperawatan .....	55
4. Implementasi Keperawatan .....	58
5. Evaluasi Keperawatn .....	60
B. Pemabahasan Kasus .....	62
1. Pengkajian Keperawatan .....	62
2. Diagnosa Keperawatan .....	66
3. Intervensi Keperawatan .....	72
4. Inplementasi Keperawatan .....	77
5. Evaluasi Keperawatan .....	80
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>83</b>
A. Kesimpulan .....	83
B. Saran.....	85
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>86</b>

## LAMPIRAN

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Surat Izin Survei Awal dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 2 Surat Izin Survei Awal Pengambilan Data Rekam Medis dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 3 Ganchart Penelitian
- Lampiran 4 Surat Izin Penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M.Djamil Padang
- Lampiran 6 Informed Consent
- Lampiran 7 Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 8 Surat Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M.Djamil Padang
- Lampiran 9 Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 10 Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 11 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah
- Lampiran 12 Hasil Cek Plagiarisme

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya pembelahan sel yang abnormal dalam tubuh yang mampu menyerang jaringan biologis lainnya baik secara pertumbuhan langsung di jaringan yang bersebelahan (invasi) atau migrasi sel ke tempat yang jauh (metastatis)<sup>1</sup>. Sedangkan menurut WHO tahun 2018 kanker adalah suatu penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel abnormal yang kemudian dapat menyerang bagian tubuh yang berdampingan atau menyebar ke organ lain<sup>2</sup>.

Menurut data dari *World Cancer Research Fund Internasional* pada tahun 2022 jumlah kasus kanker di dunia sebanyak 18.741.966 kasus. Dari data tersebut kanker kolorektal berada pada posisi ketiga dengan jumlah kanker tertinggi di dunia yaitu sebanyak 1.926.425 kasus, setelah diposisi pertama terdapat kanker paru – paru dan diposisi ke dua kanker payudara. WHO memperkirakan akan terjadi peningkatan sebesar 77% kasus baru kanker dan 80% kematian akibat kanker kolorektal pada tahun 2030<sup>3</sup>.

Kanker kolorektal merupakan tumor ganas yang terjadi pada jaringan usus besar yang terdiri dari kolon Polip dan kanker pada stadium awal biasanya tidak menunjukkan gejala, hal ini membuat penderita kanker kolorektal baru menyadari setelah dilakukannya pemeriksaan untuk pengobatan dan didiagnosis dan rektum. Tumor yang terjadi berupa massa polipoid yang tumbuh di dalam lumen sehingga dengan cepatnya meluas ke sekitar usus<sup>4</sup>.

Globalcan 2020 menjelaskan terdapat 1,15 juta kasus kanker usus besar, 0,7 juta kasus kanker rektum, dan 50.000 kasus dari kanker rektum pada tahun 2020 secara global. Angka-angka ini diperkirakan akan meningkat masing-masing menjadi 1,92 , 1,16 juta, dan 78.000 pada tahun 2040. American Cancer Society (2021) menjelaskan 46% dari seluruh kasus kejadian pria dan 50% wanita.

American Cancer Society (2022) menjelaskan 151.030 kasus baru kanker kolorektal dan 52.580 kematian akibat kanker kolorektal. American Cancer Society (2023) menjelaskan 106.970 tumor besar dan 46.050 tumor di rektum. Meskipun sebagian besar diagnosis terjadi pada usia 65 tahun keatas, 19.550 kasus terjadi pada individu berusia kurang dari 50 tahun dan sepertiganya pada individu berusia 50-64 tahun<sup>5</sup>

Prevelensi terjadinya kasus kanker kolorektal di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2020 Indonesia mencatat kasus kanker sebanyak 396.314 kasus dengan kasus kematianya sebanyak 234.511 kasus. Dan pada tahun 2021 kasus kanker Kolorektal di Indonesia tercatat 396.914<sup>6</sup>. Kasus kanker kolorektal pada laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan dengan jumlah kasus mencapai 21.764 kasus dan perempuan dengan jumlah kasus mencapai 12.425 kasus baru pada semua usi<sup>2</sup>. Tren kasus kanker kolorektal di Indonesia dilaporkan terus meningkat, bahkan pada generasi muda. Dekan Fakultas Kedokteran UI Prof dr. Ari Fahrial Syam, Sp.PD mewanti-wanti tren kasus kanker semakin banyak terjadi pada usia 40 tahun ke bawah. Laporan ini berbeda dibandingkan catatan 5-10 tahun yang lalu yang didominasi lanjut usia.

Pravelensi terjadinya kasus kanker menurut data SKI 2023 kasus kanker di Sumatera Barat terdapat sebanyak 18.138 kasus dengan angka kanker kolorektal berdasarkan data rekam medik RSUP Dr. M.Djamil Padang dimulai pada tahun 2021 sebanyak 53 kasus, dan mengalami penurunan di tahun 2022 menjadi 50 kasus, namun terjadi peningkatan pada tahun 2023 yaitu sebanyak 59 kasus. Angka kejadian Kanker Kolorektal dua tahun terakhir kelompok usia terbanyak didapatkan pada usia 46-55 tahun.<sup>6</sup>.

Kenaikan kasus kanker kolorektal sampai saat ini belum ditemukan penyebab pastinya. Namun adanya beberapa faktor risiko yang dapat memicu terjadinya kanker kolorektal. Faktor risiko pemicu kanker kolorektal terbagi dua yaitu, faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi seperti jenis kelamin, usia, ras, dan faktor genetik, serta faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti aktifitas yang

rendah, obesitas, diet yang buruk, mengkonsumsi alkohol yang berlebihan, merokok.<sup>7</sup>.

Kanker kolorektal pada tahap awal tidak akan menimbulkan gejala sampai dengan kanker ini berkembang lebih lanjut. Gejala umum dari kanker kolorektal biasanya ditandai dengan adanya perubahan kebiasaan buang air besar seperti; diare atau 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, dan merasa sangat lelah sepanjang waktu <sup>8</sup>.

Setelah gejala yang dirasakan oleh pasien kanker kolorektal, maka akan muncul dampak bila kanker ini tidak ditangani dengan tepat. Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan kanker kolorektal yaitu, pertumbuhan tumor yang dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap, metastase ke organ sekitar, melalui hematogen, limfogen dan penyebaran langsung, pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi, perforasi usus dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses <sup>9</sup>

Tingginya angka kejadian dari kanker kolorektal ini, di perlukannya penatalaksanaan yang tepat. Penatalaksanaan kanker kolorektal ini bersifat multidisiplin. Pilihan dan rekomendasi terapi tergantung pada beberapa faktor, seperti terapi bedah yang merupakan modalitas utama untuk kanker stadium dini dengan tujuan kuratif, kemoterapi merupakan pilihan pertama pada kanker stadium lanjut dengan tujuan paliatif dan radio terapi juga merupakan salah satu modalitas utama terapi kanker rektum. Pembedahan yang sering dilakukan adalah teknik laparoskopi dan laparotomi. Laparoskopi merupakan prosedur minimal invasif yang dapat dilakukan untuk operasi kanker kolorektal. Selain itu juga terdapat teknik Laparatomia / bedah terbuka yang merupakan teknik bedah yang sering digunakan. Teknik pembedahan ini didasarkan pada lokasi kanker kolorektal. Kemoterapi adalah pengobatan kanker yang menggunakan obat - obatan untuk menghentikan pertumbuhan sel kanker, baik

dengan membunuh sel atau menghentikan pembelahannya. Sementara terapi radiasi adalah pengobatan kanker yang menggunakan sinar X berenergi tinggi atau jenis radiasi lainnya untuk membunuh sel kanker atau mencegah pertumbuhannya<sup>10</sup>

Pengobatan yang dilakukan penderita kanker kolorektal seperti pembedahan, radioterapi, kemoterapi dan imunoterapi, memberikan dampak fisik dan psikologis secara langsung pada penderitanya seperti nyeri, kelelahan, kurang nafsu makan, mulut kering, mucositis, dispnea, sembelit, diare, anoreksia, insomnia, mual, muntah, kesulitan kognitif, depresi dan kecemasan (Zhang et al., 2015 dalam Putri et al., 2022). Dampak yang muncul pada pasien dengan kanker kolorektal berupa gangguan psikologis seperti gangguan kecemasan, depresi, kelelahan, nyeri hingga gangguan tidur. Pasien kanker kolorektal sering mengalami tingkat kecemasan yang tinggi. Kecemasan yang diderita oleh penderita kanker kolorektal salah satunya diakibatkan oleh nyeri dari kanker itu sendiri dan efek dari pengobatan kanker. Nyeri bisa disebabkan oleh kanker atau dampak yang ditimbulkan dari pengobatan kanker, seperti kemoterapi atau radioterapi. Kecemasan dan nyeri yang dirasakan penderita kanker kolorektal dapat mempengaruhi salah satunya kualitas tidur pasien kanker karena rasa sakit yang disebabkan oleh prosedur medis seperti operasi atau radioterapi. Hal ini mengakibatkan gangguan pada kebutuhan istirahat penderita kanker kolorektal dan menurunkan kualitas tidur, sehingga menyebabkan kelelahan, nyeri, dan stres psikologis.<sup>12</sup>.

Upaya yang dilakukan dalam mengatasi dampak - dampak yang dialami oleh pasien kanker kolorektal diperlukannya peran seorang perawat dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yaitu untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien. Asuhan keperawatan sendiri merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada pasien di sarana dan tatanan kesehatan lainnya, dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat dimulai dengan melakukan

pengkajian data kepada pasien, yaitu seperti menanyakan identitas pasien, riwayat penyakit pasien, menanyakan keluhan yang dirasakan pasien, serta melakukan pemeriksaan fisik kepada pasien. Setelah itu perawat berperan menegakkan diagnosa keperawatan yang dikeluhkan oleh pasien, keluhan yang dirasakan oleh pasien kanker kolorektal seperti nyeri, gangguan dari pola tidur, gangguan dari eliminasi pasien, serta rasa cemas yang dihadapi oleh pasien, maka disini perawat berperan dalam merumuskan masalah yang dirasakan oleh pasien untuk dilakukan tindakan keperawatan yang tepat untuk mengatasi masalah yang dirasakan oleh pasien kanker kolorektal sendiri. Setelah menegakkan diagnosa, perawat merencanakan tindakan yang tepat diberikan kepada pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien, dan perawat akan melakukan implementasi serta mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada pasien kanker kolorektal.

Penjelasan diatas telah dibuktikan oleh peneliti sebelumnya yaitu Mutiara Jondesya pada tahun 2023 yang melakukan penelitian terhadap pasien kanker kolon di RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan hasil pengkajian yaitu pasien kanker kolon dengan anemia mengeluh nyeri pada bagian perut, mual, perut terasa kembung, nafsu makan berkurang, berat badan turun, BAB berwarna hitam konsistensi lunak berlendir dan kadang berdarah. Dari hasil dokumentasi masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri kronis. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu mengajarkan pasien teknik mengatasi nyeri dengan teknik relaksasi dan memberikan analgetik

Salah satu rumah sakit yang memberikan pelayanan dari kanker kolorektal yaitu RSUP DR. M. Djamil Padang. RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan salah satu rumah sakit dengan Tipe A yang berada di pulau Sumatera. RSUP Dr. M Djamil Padang sendiri memiliki berbagai fasilitas onkologi seperti kemoterapi, radioterapi, dan layanan bedah onkologi yang didukung oleh tim multidisiplin yang terdiri dari dokter spesialis onkologi, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Sebagai rumah sakit rujukan utama untuk pasien kanker di wilayah Sumatera bagian tengah, RS M Djamil menangani kasus-kasus kanker yang

kompleks dan memberikan layanan rujukan serta konsultasi dengan rumah sakit lain di Indonesia<sup>13</sup>.

Survei awal yang sebelumnya dilakukan pada tanggal 8 November 2024 di ruangan bedah pria RSUP Dr. M.Djamil Padang terdapat pasien kanker kolon yaitu Tn. Z 54 tahun dengan kanker kolon. Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kiri, nafsu makan berkurang, buang air besar yang disertai dengan darah, pasien mengatakan cemas dengan kondisi yang dialaminya. Dari studi dokumentasi pada catatan keperawatan masalah yang muncul adalah nyeri akut. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah mengkaji kemampuan pasien mengatasi nyeri, mengajarkan teknik relaksasi dan pemberian analgetik.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, peneliti telah melakukan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolorektal di Ruangan Irna Bedah RSUP Dr. M. Jamil Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang penelitian diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di ruangan irna bedah RSUP dr. M. Jamil Padang tahun 2025 ?”

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus Kanker Kolon di ruangan irna bedah RSUP dr. M. Jamil Padang tahun 2025.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien dengan kanker kolon di ruangan irna bedah RSUP dr. M. Jamil Padang tahun 2025
- b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan pada pasien dengan kanker kolon di ruangan irna bedah RSUP dr. M. Jamil Padang tahun 2025
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien dengan kanker kolon di ruangan irna bedah RSUP dr. M. Jamil Padang tahun 2025

- d. Mendeskripsikan melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan kanker kolon di ruangan irna bedah RSUP dr. M. Jamil Padang tahun 2025.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan kanker Kolon di ruangan irna bedah RSUP dr. M. Jamil Padang tahun 2025.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Aplikatif

#### a) Peneliti

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

#### b) Lokasi penelitian

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

#### c) Institusi pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi akademik untuk pengembangan pembelajaran Prodi DIII Keperawatan Padang, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker kolon di Irna 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 Irna Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Penyakit Kanker Kolorektal

##### 1. Defenisi Kanker Kolorektal

Kanker kolorektal adalah suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal dan tumbuh di dalam kolon (usus besar) dan rektum<sup>1</sup>. Kanker kolorektal merupakan salah satu jenis kanker yang paling umum di seluruh dunia. Kanker ini dapat menyebabkan kerusakan serius bahkan banyak menyebabkan kematian<sup>14</sup>.

Kolon dan rektum merupakan bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga traktus gastrointestinal. Kolon terletak dibagian proksimal usus besar dan rektum terletak di distal sekitar 5-7 cm di atas anus. Kolon dan rektum memiliki fungsi untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna<sup>8</sup>.

##### 2. Etiologi Kanker Kolorektal

Penyebab dari kanker kolorektal sampai saat ini masih belum diketahui. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa faktor genetik atau keturunan menjadi salah satu penyebab terbesar dari kanker kolorektal. Mutasi gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) merupakan penyebab *Familial Adenomatous polyposis* (FAP) yang mempengaruhi individu membawa resiko hampir 100% mengembangkan kanker usus besar pada usia 40 tahun<sup>8</sup>.

Perkembangan kanker kolorektal merupakan interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan. Terdapat berbagai banyak faktor yang dapat meningkatkan serta menurunkan risiko terjadinya kanker kolorektal. Faktor risiko terjadinya kanker terbagi menjadi dua, yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi<sup>15</sup>.

Faktor risiko terjadinya kanker kolorektal terbagi atas dua, yaitu:

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kanker kolorektal. Risiko kanker kolorektal pada laki – laki meningkat lebih dari dua kali kemungkinan kanker kolon, dan tiga kali lipat kemungkinan kanker rektum dibandingkan dengan perempuan<sup>16</sup>.

Pada tahun 2020, kejadian kanker kolorektal secara global pada pria adalah 23,4 kasus per 100.000 jumlah penduduk, 44% lebih tinggi dibandingkan dengan wanita sebanyak 16,2 kasus per 100.000<sup>7</sup>.

Penyebab angka kasus kanker kolorektal pada laki – laki lebih tinggi dari pada wanita salah satunya dengan gaya hidup yang salah. Kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol yang biasanya lebih banyak terjadi pada laki – laki, sehingga mampu memicu terjadinya keganasan pada usus besar<sup>17</sup>.

Dan penyebab lain yang mendukung angka kasus kanker kolorektal pada pria lebih tinggi dari pada wanita dikarenakan adanya efek protektif hormonal pada wanita yang menurunkan risiko untuk terjadinya kanker kolorektal pada wanita. Dengan adanya efek protektif hormon endogen wanita inilah yang menyebabkan prognosis kanker kolorektal pada wanita lebih baik dibandingkan pada laki-laki<sup>18</sup>.

2) Usia

Risiko kanker kolorektal meningkat terus menerus seiring bertambahnya usia, terutama pada pria dan wanita yang telah berusia 50 tahun atau lebih dengan persentase 90% kasus global dan kematian terjadi setelah usia ini dan hanya 3% kanker kolorektal yang terjadi pada individu dengan usia kurang dari 40 tahun<sup>19</sup>.

### 3) Genetik

60-65% kasus kanker kolorektal tidak berkaitan dengan riwayat keluarga atau alterasi gen yang diturunkan. Dan 35-40% pasien kanker kolorektal berkaitan dengan komponen yang diturunkan. Komponen ini termasuk riwayat keluarga, tetapi tanpa predisposisi genetik, sindrom kanker yang diturunkan seperti sindrom Lynch, maupun alterasi genetik yang diturunkan lainnya. Meskipun pada pasien dengan riwayat keluarga, alterasi genetik yang didapatkan masih menjadi penyebab utama dari terjadinya kanker kolorektal.

#### b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

Ada beberapa faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti gaya pola hidup yang salah, yaitu:

##### 1) Diet

Konsumsi daging merah berlebih juga terkait dengan peningkatan risiko kanker kolorektal. *World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research* (WCRF/AICR) pada tahun 2018 juga menyimpulkan bahwa bukti yang meyakinkan bahwa konsumsi daging merah meningkatkan risiko kanker kolorektal. Studi prospektif telah menunjukkan risiko 1,22 kali terkena kanker kolorektal di antara mereka yang makan paling banyak daging merah dan olahan. Sebuah metaanalisis dari 60 studi menemukan bahwa konsumsi daging merah dan daging olahan meningkatkan risiko kanker kolorektal<sup>16</sup>.

Buah- buahan dan sayuran adalah jenis makanan yang tinggi serat, vitamin, dan mineral. Makanan tinggi serat akan cepat melewati usus dan menurunkan lama feses menetap di kolon. Rendahnya konsumsi sayuran dan buah akan meningkatkan risiko kanker kolorektal<sup>4</sup>

##### 2) Obesitas

Kelebihan berat badan atau disebut juga dengan obesitas dapat mempertinggi risiko terkena kanker kolorektal dan lebih sering terjadi pada pria daripada wanita. Semakin besar ukuran lingkar badan seseorang semakin besar juga risiko kanker kolorektal. Mekanisme kanker erat kaitannya dengan resistansi insulin, hiperinsulinemia,

inflamasi kronis, dan perubahan hormon yang berhubungan dengan obesitas.<sup>4</sup>

### 3) Merokok

Merokok adalah faktor risiko yang dapat dicegah yang dikaitkan dengan berbagai jenis kanker termasuk kanker kolorektal. Sebuah penelitian menjelaskan bahwa terjadi peningkatan 18% kejadian kanker kolorektal pada perokok, dan lebih banyak ditemukan pada kanker rektum.<sup>4</sup>

Beberapa penelitian menyebabkan meningkatnya insidensi kanker kolorektal pada perokok disebabkan oleh zat toksik yang terkandung dalam rokok, seperti nikotin, karbon monoksida, nitrosamin, benzena, dan amonia. Merokok pasif juga merupakan faktor risiko kanker kolorektal karena asap dari ujung rokok 4 kali lebih beracun daripada asap dari perokok. Perokok pasif menghirup karbon monoksida 3 kali lebih banyak, lebih dari 10 kali lebih banyak nitrosamin, 15 kali lebih banyak benzena, dan amonia hingga 70 kali lebih banyak pada ruangan tertutup daripada perokok aktif<sup>16</sup>.

### 4) Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol secara berkaitan dengan peningkatan risiko kanker kolorektal. Orang yang minum 2- 3 gelas minuman beralkohol sehari memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker kolorektal. Sebuah metaanalisis dari 27 studi kohort dan 34 studi kasus- kontrol menemukan bahwa dibandingkan dengan mereka yang tidak pernah minum alkohol, ada peningkatan sebesar 1,21 kali terkena kanker kolorektal untuk peminum sedang (2 hingga 3 minuman sehari dan meningkat menjadi 1,52 kali terkena kanker kolorektal pada peminum berat ( $\geq 4$  minuman) dibanding bukan peminum alkohol<sup>16</sup>

### 5) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang dilakukan secara rutin menurunkan angka kejadian kasus keganasan seperti kanker kolon, mammae, paru, dan endometrial. Pencegahan karsinoma kolorektal dapat dilakukan

dengan aktivitas fisik yang rutin. Dengan aktivitas akan mengurangi lama feses tinggal di dalam usus sehingga menurunkan risiko kanker kolorektal. Pasien kanker yang melakukan aktivitas sesuai dengan program rehabilitasi dapat menurunkan nyeri, fatigue, insomnia, bahkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Pasien yang kekurangan aktivitas fisik sangat erat dihubungkan dengan gangguan berat badan, meningkatkannya angka morbiditas dan mortalitas, serta memiliki resiko rekurensi yang jauh lebih tinggi<sup>20</sup>

### 3. Klasifikasi Kanker Kolorektal

Menurut Kasron tahun 2018<sup>1</sup>, ulserasi keseluruhan tumor merupakan faktor penentu prognostik yang penting, dimana 63% karsinoma nonulserasi secara patologis terbatas hanya pada dinding usus, dibanding dengan hanya 28% pada karsinoma dengan lesi ulserasi.

Klasifikasi penyakit kanker kolorektal berarti mengelompokkan kanker kolorektal ke dalam stadium yang tepat, berdasarkan ciri-ciri tertentu. Ciri-ciri itu didapatkan dari hasil colonoscopy penderita kanker kolorektal ataupun bukan penderita kanker kolorektal (normal). Klasifikasi stadium kanker kolorektal pada umumnya dibagi menjadi beberapa tingkatan dengan angka 0 sampai dengan IV.

Tahap klasifikasi stadium kanker ini merupakan tahap yang penting, karena membantu dokter untuk melakukan tindakan selanjutnya. Terdapat beberapa sistem klasifikasi stadium kanker, diantaranya adalah Astler-Coller, Dukes, FIGO (Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri) dan sistem TNM Kanker. Sistem klasifikasi TNM dan FIGO memiliki sistem yang sangat mirip. Kedua sistem ini mengelompokkan kanker meliputi ukuran tumor, tingkat penyebaran ke kelenjar getah bening, dan adanya metastasis.

Menurut National Cancer Institute (2006: 12) klasifikasi stadium kanker kolorektal dapat didefinisikan sebagai berikut :

- a) Stadium 0 (Carcinoma in Situ)

Kanker hanya pada lapisan terdalam dari kolon atau rektum.

b) Stadium I

Sel kanker telah tumbuh pada dinding dalam kolon atau rektum, tapi belum menembus ke luar dinding.

c) Stadium II

Sel kanker telah menyebar ke dalam lapisan otot dari kolon atau rektum. Tetapi sel kanker di sekitarnya belum menyebar ke kelenjar getah bening.

d) Stadium III

Kanker telah menyebar ke satu atau lebih kelenjar getah bening di daerah tersebut, tetapi tidak ke bagian tubuh yang lain.

e) Stadium IV

Kanker telah menyebar di bagian lain dari tubuh, seperti hati, paru-paru, atau tulang

#### 4. Manifestasi penyakit Kanker Kolorektal

Menurut Kasron tahun 2018<sup>1</sup>, pasien dengan karsinoma kolorektal mempunyai gejala klinis yang cukup bervariasi yang dapat diklasifikasikan menurut lo-kasi anatomi primernya. Tumor pada sekum dan kolon bagian kanan ditemukan sekitar 20% dari karsinoma usus besar, 70% terjadi dibagian distal sampai fleksura splenikus, dan sekitar 45% di bawah rektosigmoid junction. Karsinoma kolon kanan terjadi lebih sering pada wanita, dan umumnya mempunyai gejala yang silent atau asimptomatik.

a. Karsinoma sekum dan kolon kanan

Banyak pasien tampak dengan gejala dan tanda dari anemia defisiensi besi (Fe) yang berasal dari kehilangan darah secara samar yang lama (occult blood loss). Jarang kehilangan darah dalam jumlah banyak, terutama pada pasien yang mendapat antikoagulan. Feses masuk ke sekum dalam bentuk cair dan obstruksi biasanya terjadi relatif lambat. Karena lumen usus menjadi lebih sempit pasien biasanya mengeluh nyeri kolik yang intermitten, di sentral atau di fossa iliaka kanan, dimana sering timbul setelah makan, distimulasi oleh refleks gastrokolik.

Nyeri sering diikuti oleh diare, kemungkinan karena fermentasi feses dan akumulasi toksin bakteri di dalam lumen usus besar. Obstruksi ileum distal dapat terjadi bila tumor menutup katup ileosekum, atau Jika katup ileosakum menjadi inkompoten karena obstruksi komplit sekaum. Gelombang dari kolik abdomen se dapat terjadi, dengan distensi abdominal sentral progres dan borborismus. Peristaltis usus mungkin dapat terlihat muntah, dan dehidrasi merupakan manifestasi lambat gang yang dapat muncul. Jarang masa yang dapat dipalpasi sebagai keluhan utama.

Pasien kadang-kadang tampak dengan gejala dan tanda dari apendisitis akut jika karsinoma menutup orifloun apendicular dan menghasilkan inflamasi akut, atau dan perforasi karsinoma. Diagnosis mungkin tidak jelas pada apendiks diangkat dan harus dilihat dengan barium enema atau dengan kolonoskopi. Tumor dapat berpenetrasi dinding posterior kolon, menimbulkan perforasi dan abses di muskulus psoas. Pasien demikian tampak dengan gejala dari tanda infeksi dengan massa yang nyeri pada fossa illika kanan. Nyeri dapat menjalar ke bawah melalui tanglus atas panggul. Nyeri juga dapat menjalar ke belakang kiri mengintasi otot-otot lumbal. Terkadang tumor anterior dapat menyebabkan perforasi menimbulkan peritonitis akut dengan nyeri seluruh abdomen yang berat, bising usus dapat menghilang, dan dapat ditemukan defans muscular serta nyeri ketok.

b. Karsinoma kolon kiri dan sigmoid

Feses kehilangan air dan menjadi keras ketika sampai dan melewati kolon kiri untuk disimpan di rektosigmoid sebelum defekasi. Pasien dengan karsinoma kolon kiri umumnya tampak dengan perubahan kebiasaan pola defekasi, sering konstipasi kadang diselingi diare, biasanya disertai kolik abdomen bawah, mungkin mengalami distensi, dan keinginan untuk defekasi. Gejala-gejala cenderung menjadi progresif memberat, dan ini mungkin dapat membedakan antara karsinoma dengan penyakit divertikular atau iritasi kolon. Irritable bowel syndrome biasanya pada dewasa muda. Jika pasien usia setengah

baya atau lebih tua dengan gejala perubahan kebiasaan pola defekasi sebaiknya diasumsikan sebagai kanker kolon sampai terbukti bukan. Perubahan pola defekasi sering dengan buang air besar disertai darah segar, dan kadang mukus atau lendir di feses atau permukaannya, khususnya pada tumor di distal sigmoid. Konstipasi progresif dan diare merupakan perubahan pola defekasi yang lebih jarang. Beberapa pasien datang dengan nyeri atau massa di fossa iliaka kiri, dan massa sering terpalpasi di abdomen pada pemeriksaan fisik. Palpasi karsinoma pada fleksura splenikus harus dibedakan dari pembesaran lien/spleen atau ginjal.

Beberapa pasien, mempunyai gejala asimptomatik hingga mereka datang dengan distensi abdomen masif karena ob- struksi komplit dari usus besar. Pada keadaan ini sekum menjadi sangat distensi. Kecuali distensi dikenali dan diterapi dengan cepat, atau kecuali katup ileosekal menjadi inkom- peten, perforasi sekum dapat terjadi. Terkadang tumor itu sendiri mengalami perforasi, menyebabkan nyeri mendadak akut abdominal dan peritonitis. Lebih sering tumor melekat dengan organ didekatnya dan menginvaskinya. Kanker sigmoid dapat menginvasi dinding abdomen lateral dan membentuk abses, atau menginvasi usus kecil dan menghasilkan fistula ileocolic dengan diare berat atau obstruksi usus kecil. Kanker di fleksura splenikus atau kolon descending dapat menginvasi jejunum, kadang tampak dengan perdarahan usus berat. Kanker sigmoid umumnya menginvasi uterus ovarium, atau vesika urinaria.

Kanker kolon adalah penyebab terbanyak kedua fistula kolovesikal setelah penyakit divertikular, dan pasien biasanya tampak dengan hematuria dan infeksi saluran kemih berulang, dan akhirnya dapat kencing disertai udara (pneumaturia) atau feses (fecalursal). Kanker sigmoid terfiksasi di pelvis dan dapat menimbulkan fistula ke vagina menghasilkan bau tidak sedap (malodorousi) dan discharge.

c. Karsinoma rektum

Kebanyakan pasien dengan kanker rektal datang dengan perdarahan dari anus. Darah sering gelap bercampur dengan feses atau menyelimuti permukaannya, darah juga mungkin merah terang dan pisah dengan feses. Karenanya gejala sering dikira hemoroid. Perubahan pola defekasi, seperti meningkatnya frekuensi defekasi, mukus dengan feses, atau diare mukus juga sering terjadi. Diare mukus terutama berhubungan dengan adenoma vili yang sering menjadi ganas (malignant). Mukus kaya dengan potassium dan dapat cukup banyak menyebabkan dehidrasi dan koma. Tenesmus, perasaan ingin defekasi yang mendesak/tidak tertahankan dan terus menerus, adalah gejala yang penting yang disebabkan tumor rektal yang menginduksi sensori untuk defekasi. Nyeri anus, pada awal defekasi dan setelahnya dapat timbul jika kanker rektal bawah menginviasi kanal anus. Inkontinensia terjadi jika sfingter anal telah hancur. Darah merah segar yang keluar saat defeksi sebaiknya dievaluasi dengan proctosigmoidoscopy, semua tipe perdarahan lainnya juga sebaiknya dilakukan evaluasi yang lengkap.

## 5. Patofisiologi Kanker Kolorektal

Kanker kolorektal adalah adekarsinoma yang berkembang dari polip adenoma, polip tersebut tumbuh dengan lama, rata-rata membutuhkan waktu 5-10 tahun untuk menjadi maligna. Polip membesar dilumen dan menempel di dinding kolon/rektal kemudian berkembang menjadi tumor. Insidensi tumor dari kolon kanan meningkat meskipun umumnya masih terjadi di rektum dan kolon sigmoid. Sebagian besar tumor maligna terjadi pada area rektal dan terjadi di sigmoid dan kolon desending.

Pada dasarnya manusia memiliki zat karsinogen atau zat pemicu kanker pada tubuh. Karsinogen merupakan substansi yang mengakibatkan perubahan pada struktur dan fungsi sel menjadi sel yang bersifat otonom dan maligna. Transformasi maligna mempunyai tiga tahapan proses selular yaitu inisiasi, promosi, dan progresi. Efek karsinogen dapat meningkat apabila terdapat pencetus dari eksternal (seperti pola makan dan gaya

hidup). Individu yang kurang mengkonsumsi nutrisi seperti serat dalam diet akan membuat konstipasi dan memperlambat waktu pengosongan usus. Keadaan ini memudahkan proses penyerapan bahan-bahan karsinogen. Karsinogen akan mengubah DNA sel yang normal menjadi abnormal.

Pertumbuhan tumor secara tipikal tidak terdeteksi. menimbulkan beberapa gejala. Pada saat timbul gejala, penyakit mungkin sudah menyebar kedalam lapisan lebih dalam dari jaringan usus dan organ organ yang berdekatan. Kanker kolorektal menyebar dengan perluasan langsung ke sekeliling berdekatan, seperti hepar, kurvatura mayor lambung, duodenum. usus halus, pankreas, limpa, saluran genitourinary, dan dinding abdominal juga dapat dikenai oleh perluasan. Metastasis ke kelenjar getah bening regional sering berasal dari penyebaran tumor. Tanda ini tidak selalu terjadi, bisa saja kelenjar yang jauh sudah dikenai namun kelenjar regional masih normal. Sel-sel kanker dari tumor primer dapat juga menyebar melalui sistem limpatik atau sistem sirkulasi ke area sekunder seperti hepar. paru-paru, otak, tulang, dan ginjal.

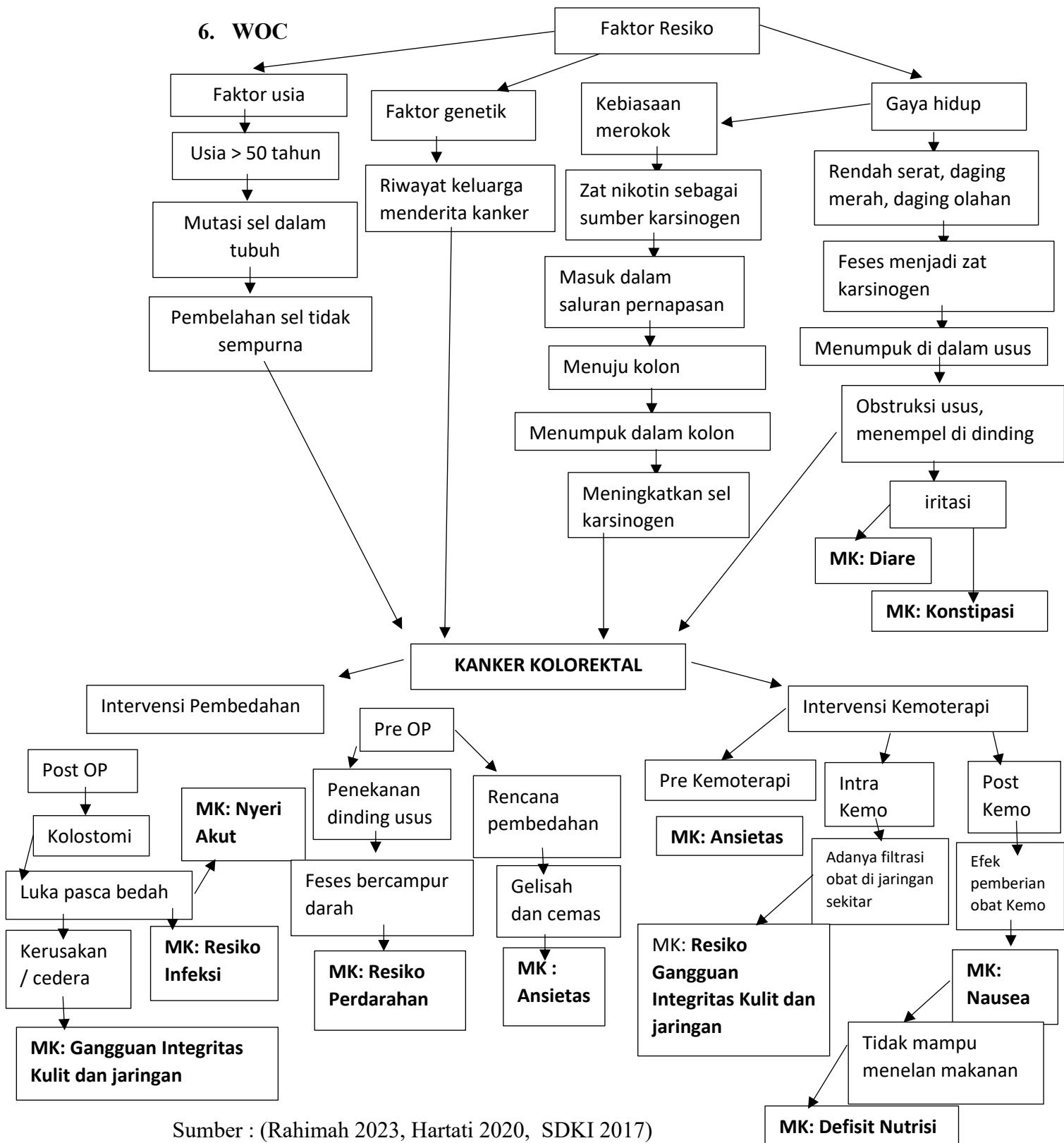
Penyebaran kanker kolon dapat melalui 3 cara, vaitu penyebaran secara langsung ke organ terdekat, melalui sistem limpatikus dan hematogen, serta melalui imantasi sel ke daerah peritoneal. Kanker kolorektal mulai berkembang pada mukosa dan bertumbuh sambil menembus dinding dan meluas secara sirkuler ke arah oral dan aboral. Penyebaran perkontinuitatum menembus jaringan sekitar atau organ sekitarnya misalnya ureter, buli-buli, uterus, vagina atau prostat. Penyebaran limfogen terjadi ke kelenjar parailiaka, mesenterium dan paraaorta. Penyebaran hematogen terutama ke hati. Penyebaran peritoneal mengakibatkan peritonitis karsinomatosa dengan atau tanpa asites.

Penyebab kanker kolorektal yang lain adalah peningkatan penggunaan lemak seperti mengkonsumsi daging merah secara berlebihan. Feses yang kurang baik dan mengandung lemak dapat memicu terjadinya sel kanker dikarenakan dapat mengubah flora dalam feses menjadi bakteri Clostridia

& Bakteriodes yang mempunyai enzim 7-alfa dehidrosilase yang mencerna asam menjadi asam deoxycholl dan lithocholic (bersifat karsinogenik), inilah peningkatan yang terjadi dalam feses.

Kanker kolorektal dapat menyebar melalui beberapa cara yaitu secara infiltratif langsung ke struktur yang berdekatan, seperti kedalam kandung kemih melalui pembuluh limfe ke kelenjar limfe perikolon dan mesokolon serta melalui aliran darah yang biasanya mengenai hati dikarenakan kolon mengalirkan darah ke sistem portal. Pertumbuhan sel kanker dapat menyebabkan penyumbatan lumen usus dengan obstrusi dan ulserasi pada dinding usus serta dapat terjadi perdarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan perforasi dan abses serta timbulnya metastase pada jaringan lain.

Kanker kolorektal sering menyebabkan pendarahan pada saluran gastrointestinal sehingga terkadang feses terlihat berwarna hitam atau gelap. Seiring berkembangnya waktu kehilangan darah terus terusan dapat menyebabkan penurunan sel darah merah sehingga pada pemeriksaan dapat terlihat gambaran anemia. Ciri khas dari kanker kolorektal adalah bahwa lesi yang tumbuh di sisi kanan kolon lebih cenderung menyebabkan diare sedangkan lesi pada sebelah kiri lebih menyebabkan adanya obstrusi. Pada kasus-kasus tertentu yang jarang saat pemeriksaan fisik dapat pula ditemukan berupa gejala hepatomegali dan asites<sup>21</sup>.



Sumber : (Rahimah 2023, Hartati 2020, SDKI 2017)

## 7. Komplikasi Kanker Kolorektal

Prognosis pasien bergantung pada stadium tumor pada saat diagnosis. Stadium tumor berkaitan dengan derajat penetrasi dinding usus dan ada tidaknya metastasis. Pasien dengan tumor yang berasal dari mukosa atau submukosa, (Dukes A, atau T1 NO MO) atau meluas melewati submukosa, tetapi masih berada pada dinding usus (Dukes B1, atau T2 NO MO) memiliki angka harapan hidup yang tinggi. Angka harapan hidup menurun jika terdapat penetrasi dinding usus (dukes B2, atau stadium II) juga bila adanya metastasis ke kelenjar getah bening (Dukes C, atau stadium III). Jumlah kelenjar getah bening yang terkena juga berpengaruh terhadap prognosis. Pasien yang memiliki satu hingga tiga kelenjar yang terkena memiliki angka harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelenjar getah bening yang terkena lebih dari 4. Metastasis jauh (Dukes D, atau stadium IV) berkaitan dengan prognosis yang buruk, dengan harapan hidup selama 5 tahun hanya 5-10%.

Gejala klinis maupun histopatologi juga memiliki peran dalam menentukan prognosis, walaupun tidak terlalu berpengaruh dibandingkan stadium patologis. Gejala klinis tertentu seperti adanya obstruksi, perforasi, terkena pada usia muda, dan kadar CEA yang tinggi memiliki prognosis yang buruk.

Kanker rektum yang tidak tertangani 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<sup>1</sup>.

## 8. Penatalaksanaan Kanker Kolorektal

### a. Pembedahan (Operasi)

Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal, pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada suatu sisi dapat diangkat dengan kolonoskopi.

Kolostomi laparoskopi dengan polipektomi merupakan suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskopi digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan dikolon, 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:

- 1) Reseksi segmental dengan anastomosis (pengangkatan tumor dan porsi usus pada sisi pertumbuhan, pembuluh darah dan nodus limfatik)
- 2) Reseksi abdominoperineal dengan kolostomi sigmoid permanen (pengangkatan tumor dan porsisigmoid dan semua rektum serta sfingter anal)
- 3) Colostomy adalah sebuah ostomy yang dibuat dikolon

Colostomy dibuat jika terjadi sumbatan pada usus oleh karena tumor, sifatnya bisa sementara atau tetap. Colostomy sementara dibuat untuk meningkatkan penyembuhan pada anastomis, sedangkan colostomy tetap dibuat ketika bagian distal kolon dan rektum diangkat sehingga colostomy berfungsi untuk pengeluaran feses. Kolostomi adalah suatu prosedur pembedahan pengalihan feses dari colon dengan menarik bagian usus melalui sayatan perut lalu menjahitnya dikulit yang sering diebut stoma dan disambungkan kesebuah kantong (colostomy bag).

Secara umum indikasi dibuatnya colostomy adalah adanya karsinoma pada rektum, karsinoma pada anus dan anal canal, obstruksi usus besar, fistula vesicocolic, untuk melindungi anastomosis, trauma pada usus besar dan indikasi lainnya seperti diverticulitis atau komplikasi

dari diverticulitis, nyeri hebat pada rektum, terapi radiasi pada rahim dan fistula rektovaginal.

Pembagian colostomy didasarkan pada bagian kolon tempat dibuatnya colostomy, yaitu ascending colostomy, transverse colostomy, desending colostomy dan colostomy sigmoid. Colostomy sigmoid merupakan colostomy tetap yang paling sering dibuat. Colostomy ini dibuat pada saat dilakukan operasi reseksi abdominoperineal. Kolon sigmoid ,rektum dan anus diangkat melalui insisi abdominal dan perineal, anal canal ditutup kemuadian dibuatkan stoma pada proksimal kolon sigmoid. Stoma biasanya berada pada kuadran kiri bawah abdomen.

Menurut Harkness and Dincher, tedapat tiga tipe stoma:

1) End Stoma

End stoma dibuat dengan memotong usus dan membawa ujung bagian proksimal yang masih berfungsi keluar dari kulit sebagai single stoma. Sedangkan bagian distalnya diangkat atau tetap berada di abdomen.

2) Double-barreled Stoma

Double-barrel stoma ketika bagian proksimal dan distal dari usus yang telah dipotong dikeluarkan ke permukaan kulit sebagai dua stoma yang terpisah.Ujung proksimal merupakan bagian yang berfungsi sebagai usus dan bagian distal sebagai fistulamucous.

3) Loop Stoma

Pada kasus-kasus trauma, penyakit, atau obstruksi pada usus sering dibuat stoma jenis ini. Loop dari usus halus dibawa keluar melalui pembedahan pada dinding abdomen. Usus tidak dipotong tetapi dibuka pada sepanjang permukaan usus yang keluar. Bagian tepi yang terbuka kemudian dibiarkan everted dan sutured pada kulit.

b. Laparotomi

Laparotomi merupakan suatu potongan pada dinding abdomen sampai membuka selaput perut dan yang telah di diagnosa oleh dokter. Laparotomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen. Ditambahkan pula bahwa laparotomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan obgyn. Adapun tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik insisi laparotomi ini adalah herniotomi gasterektomi, kolesisduodenostomi, hepatorektomi, splenektomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi dan fistuloktomi sedangkan teknik bedah perkemihan dengan teknik laparotomi adalah nefrektomi dan ureterostomi.

c. Penyinaran (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.

d. Kemotherapy

Chemotherapy memakai obat anti kanker yang kuat , dapat masuk ke dalam sirkulasi darah, sehingga sangat bagus untuk kanker yang telah menyebar. Obat chemotherapy ini ada kira-kira 50 jenis. Biasanya di injeksi atau dimakan, pada umumnya lebih dari satu macam obat, karena digabungkan akan memberikan efek yang lebih bagus.

e. Difersi vekal untuk kanker kolon dan rektum

Berkenaan dengan teknik perbaikan melalui pembedahan, kolostomi dilakukan pada kurang dari sepertiga pasien kanker kolorektal. Kolostomi adalah pembuatan lubang (stoma) pada kolon secara bedah. Stoma ini dapat berfungsi sebagai difersi sementara atau

permanen. Ini memungkinkan drainase atau evakuasi isi kolon keluar tubuh. Konsistensi drainase dihubungkan dengan penempatan kolostomi yang ditentukan oleh lokasi tumor dan luasnya invasi pada jaringan sekitar.

- f. Penatalaksanaan Keperawatan
  - 1) Dukungan adaptasi dan kemandirian
  - 2) Meningkatkan kenyamanan
  - 3) Mempertahankan fungsi fisiologis optimal
  - 4) Mencegah komplikasi
  - 5) Memberikan informasi tentang proses atau kondisi penyakit, prognosis, dan kebutuhan pengobatan.
- g. Penatalaksana Diet
  - 1) Cukup mengkonsumsi serat, seperti sayur – sayuran dan buah – buahan Serat dapat melancarkan pencemakan dan buang air besar sehingga berfungsi menghilangkan kotoran dan zat yang tidak berguna di usus, karena kotoran yang terlalu lama mengendap di usus akan menjadi racun yang memicu sel kanker.
  - 2) Kacang – kacangan (lima porsi setiap hari)
  - 3) Menghindari makanan yang mengandung lemak jenuh dan kolesterol tinggi terutama yang terdapat pada daging hewan.
  - 4) Menghindari makanan yang diawetkan dan pewarna sintetik, karena hal tersebut dapat memicu sel karsinogen / sel kanker.
  - 5) Menghindari minuman beralkohol dan rokok yang berlebihan.
  - 6) Melaksanakan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Jondesya tahun 2020<sup>22</sup>, pengkajian pada pasien dengan kanker kolorektal adalah:

a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi: nama, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, alamat, dan diagnosa medis.

b. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab meliputi: nama, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien.

c. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien kanker kolon adalah nyeri abdomen, ditemukan darah pada feses, rasa cepat lelah, dan konstipasi atau diare.

d. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien kanker kolon mengeluh nyeri abdomen, terjadi perubahan pola Eliminasi (BAB) seperti diare atau konstipasi, BAB berdarah dan berlendir disertai kelemahan dan penurunan berat badan.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien pernah atau tidak mengalami masalah kesehatan terkait dengan keganasan organ lain. Pasien ada riwayat pernah dirawat dan operasi atau tidak. Biasanya pernah menderita polip kolon, radang kronik kolon dan kolitis ulceratif yang tidak teratasi, ada infeksi dan obstruksi pada usus besar, dan diet dan konsumsi diet tidak baik, tinggi protein, tinggi lemak, tinggi serat

3) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya keluarga ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien yaitu kanker kolon, colitis ulceratif atau penyakit kanker lainnya.

e. Pola Eliminasi

Perubahan kebiasaan buang air besar, biasanya pasien dengan kanker kolon mengeluh konstipasi, diare, feses bercampur dengan darah. Bentuk feses padat pada saat setelah operasi bab encer dan cair.

f. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Pandangan pasien kanker kolorektal terhadap image diri pribadi, kecintaan terhadap keluarga, kebersamaan dengan keluarga yang dirasakan pasien kanker kolorektal.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik Pre Operasi:

a) Kesadaran Umum

Pada pasien kanker kolon keadaan biasanya, compositus, apatis, koma tergantung pada kondisi dan keadaan pasien

b) Tanda-tanda vital

Biasanya pada pasien kanker kolon yang mengalami nyeri akan mengalami peningkatan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi dan suhu

c) Wajah

Simetris atau tidak, pada pasien kanker kolon biasanya tampak meringis karena nyeri, gelisah dan cemas

d) Kepala

simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan

e) Mata

Simetris atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak

f) Hidung

Ada atau tidak pernafasan cuping hidung, ada sekret atau tidak, ada polip atau tidak

g) Leher

Palpasi apakah ada pembengkakan kelenjer tiroid dan getah bening

h) Thorax

I: tidak ada lesi, pembengkakan, simetris kiri dan kanan

P: pergerakan sama, fremitus kiri dan kanan

P: sonor dikedua apeks paru

A: suara nafas normal, tidak ada suara nafas tambahan

i) Jantung

I: ictus cordis tampak atau tidak

P: ictus cordis teraba di RIC V mid klavikusa sinistra

P: batas jantung di RIC III kanan-kiri dan RIC V clavikula sinistra A: bunyi jantung normal tidak ada bunyi jantung tambahan

j) Abdomen

I: lihat adanya lesi di abdomen, lihat keadaan kulit abdomen, apakah ada distensi abdomen

P : apakah ada nyeri tekan, teraba massa.

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

A : peningkatan bising usus.

k) Kulit

Tampak pucat dan kemungkinan kering.

l) Ekstremitas

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

m) Genitalia

Biasanya pada pasien kanker kolon keluar darah

2) Pemeriksaan Fisik Post Operasi:

a) Kesadaran Umum

Pada pasien kanker kolon keadaan biasanya, kompositif, apatis, koma tergantung pada kondisi dan keadaan pasien

b) Tanda-tanda vital

Biasanya pada pasien kanker kolon yang mengalami nyeri akan mengalami peningkatan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi dan suhu

c) Wajah

Simetris atau tidak, pada pasien kanker kolon biasanya tampak meringis karena nyeri, gelisah dan cemas

d) Kepala

Simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan

e) Mata

Simetris atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak

f) Hidung

Ada atau tidak pernafasan cuping hidung, ada sekret atau tidak, ada polip atau tidak

g) Leher

Palpasi apakah ada pembengkakan kelenjer tiroid dan getah bening, apakah ada pembengkakan vena jongularis

h) Thorax

I: tidak ada lesi, pembengkakan, simetris kiri dan kanan

P: pergerakan sama, fremitus kiri dan kanan

P: sonor dikedua apeks paru

A: suara nafas normal, tidak ada suara nafas tambahan

i) Jantung

I: ictus cordis tampak atau tidak

P: ictus cordis teraba di RIC V mid klavikula sinistra

P: batas jantung di RIC III kanan-kiri dan RIC V clavikula sinistra

A: bunyi jantung normal tidak ada bunyi jantung tambahan

j) Abdomen

I: adanya lesi bekas operasi di abdomen, lihat keadaan kulit abdomen, apakah ada distensi abdomen, ada / tidak pemasangan kolostomi

P : apakah ada nyeri tekan, teraba massa.

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

A : apakah ada peningkatan bising usus.

k) Kulit

Tampak pucat dan kemungkinan kering, terdapat bekas luka op.

l) Ekstremitas

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

m) Genitalia

Lihat apakah masih mengeluarkan darah di area kemaluan.

h. Data Psikologis

Pasien biasanya tampak merasa cemas akan kondisi penyakit yang dirasakannya, pasien biasanya tidak percaya diri dengan adanya kantung kolostomi terpasang di bagian abdomen pasien.

i. Data Sosial Ekonomi

Pasien bisa saja berasal dari ekonomi rendah, sedang, maupun tinggi

j. Data Spiritual

Pasien biasanya sering beribadah dan berdoa agar diberi kesembuhan sesuai kepercayaan yang dianut masing-masing.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

### **Pre Operasi:**

- a. Nyeri kronis b.d infiltrasi tumor (D.0078)
- b. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049)
- c. Diare b.d Iritasi Gastrointestinal (D. 0020)
- d. Ansietas b.d krisis situasional (D.0080)
- e. Risiko Pendarahan d.d proses keganasan (D.0012)

**Post Operasi:**

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Resiko infeksi b.d penyakit kronis (D.0142)
- c. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan) (D.0192)

**Pre Kemoterapi**

- a. Ansietas bd. Krisis situsional (D. 0080)

**Intra Kemoterapi**

- a. Risiko Gangguan integritas kulit dan jaringan (D. 0139)

**Post Kemoterapi**

- a. Nausea bd. Efek agen farmakologis (D.0076)
- b. Defisit Nutrisi bd. Ketidakmampuan menelan makanan (D. 0019)

### 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI
	Pre Operasi: Nyeri kronis b.d infiltrasi tumor Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. keluhan nyeri menurun	Manajemen nyeri : Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal

	<p>atau lambat dan berinterasi ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p> <p>Gejala dan Tanda mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Subjektif:           <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> <li>2. Merasa depresi (tertekan)</li> </ul> </li> <li>b. Objektif:           <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Gelisah</li> <li>3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas</li> </ul> </li> </ul> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa takut mengalami cedera berulang</li> </ul> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Bersikap protektif</li> </ul>	<p>2. meringis menurun</p> <p>3. sikap protektif menurun</p> <p>4. gelisah menurun</p> <p>5. kesulitan tidur</p> <p>6. anoreksia</p> <p>7. frekuensi nadi</p> <p>8. pola napas membaik</p> <p>9. nafsu makan membaik</p> <p>10. pola tidur membaik</p>	<p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri</p> <p>Teraupetik:</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 memperingankan 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>Edukasi:</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 seperti</li> </ol>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>2. Waspada 3. Pola tidur berubah 4. Anoreksia 5. Fokus menyempit 6. Berfokus pada diri sendiri.</p>		<p>mendengarkan murotal Al- qur'an, Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	<p>Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal. Defenisi: penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran feses lama dan sulit Objektif 1. Feses keras 2. Peristaltic usus menurun</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal 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> </ol>	<p>Perawatan Stoma Observasi 1. Periksa kondisi umum pasien 2. Periksa kondisi stoma pasien 3. Identifikasi kemampuan dan pengetahuan tentang stoma Terapeutik 1. Bebaskan area stoma dari pakaian 2. terapkan teknik aseptik dan keamanan selama merawat stoma 3. buang dan bebaskan stoma dari kantung sebelumnya</p>

	<p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengejan saat defekasi</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distensi abdomen</li> <li>2. Kelemahan umum</li> <li>3. Teraba massa pada fekal.</li> </ol>	<p>4. Konsistensi feses membaik</p> <p>5. Frekuensi BAB membaik</p> <p>6. Peristaltik usus membaik</p>	<p>4. bersihkan stoma dengan air bersih hangat dan sabun</p> <p>5. ukur stoma dengan pedoman pengukuran</p> <p>6. siapkan plate dan kantung stoma baru</p> <p>7. gunakan pasta atau powder sesuai kebutuhan</p> <p>8. pasang kantung dan plate stoma yang baru</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan prosedur yang akan dilakukan</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kolaborasi jika terjadi herniasi, atropi, atau perburukan dari stoma</li> </ol>
3.	Diare bd. Iritasi Gastrointestinal (D. 0020)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal	<p>Perawatan Stoma Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Periksa kondisi umum pasien</li> <li>5. Periksa kondisi stoma pasien</li> </ol>

		<p>membuat dengan kriteria hasil:</p> <p>1.kontrol pengeluaran feses meningkat 2.teraba massa pada rektal menurun 3.Nyeri abdomen menurun 4.Konsistensi feses membaik 5.frekuensi BAB membaik</p>	<p>6. Identifikasi kemampuan dan pengetahuan tentang stoma Terapeutik</p> <p>9. Bebaskan area stoma dari pakaian</p> <p>10. terapkan teknik aseptik dan keamanan selama merawat stoma</p> <p>11. buang dan bebaskan stoma dari kantung sebelumnya</p> <p>12. bersihkan stoma dengan air bersih hangat dan sabun</p> <p>13. ukur stoma dengan pedoman pengukuran</p> <p>14. siapkan plate dan kantung stoma baru</p> <p>15. gunakan pasta atau powder sesuai kebutuhan</p> <p>16. pasang kantung dan plate stoma yang baru</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>Edukasi</p> <p>2. jelaskan prosedur yang akan dilakukan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>kolaborasi jika terjadi herniasi, atropi, atau perburukan dari stoma</p>
4.	<p>Ansietas b.d krisis situasional</p> <p>Defenisi: kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapiancaman.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:</p> <p>1) Merasa bingung</p> <p>2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Perilaku gelisah menurun</p> <p>2) Perilaku tegang menurun</p> <p>3) Pucat menurun</p> <p>4) Konsentrasi membaik</p> <p>5) Pola tidur membaik</p> <p>6) Perasaan keberdayaan membaik</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p>Teraupetik:</p> <p>1. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>2. ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>3. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p>

	<p>3) Sulit berkonsentrasi Objektif:</p> <p>1) Tampak gelisah 2) Tampak tegang 3) Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor:</p> <p>Subjektif:</p> <p>1) Mengeluh pusing 2) Anoreksia 3) Palpitasi 4) Merasa tidak berdaya</p> <p>Objektif:</p> <p>1) Frekuensi nafas meningkat 2) Frekuensi nadi meningkat 3) Tekanan darah meningkat 4) Diaphoresis 5) Tremor 6) Muka tampak pucat 7) Suara bergetar 8) Kontak mata buruk 9) Sering berkemih 10) Berorientasi pada masa lalu.</p>	<p>2.Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 3.Menganjurkan mengungkapkan perasaan pribadi 4. melatih teknik relaksasi 5. menganjurkan keluaga untuk selalu bersama pasien</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5	<p><b>Post Operasi:</b> Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p><b>Defenisi:</b> 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,</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b> 1.Mengeluh nyeri</p> <p><b>Objektif:</b> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan nyeri menurun</li> <li>2) Meringis menurun</li> <li>3) Gelisah menurun</li> <li>4) Kesulitan tidur menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen nyeri :</b> <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 memperingankan nyeri</li> </ol> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi mendengarkan murotal al- qur'an</li> <li>2.Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingankan 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> </ol>
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>1.(tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <p>1) Tekanan darah meningkat</p> <p>2) Pola napasberubah 3)</p> <p>Nafsu makanberubah</p> <p>4) Proses berpikir terganggu</p> <p>5) Menarikdiri</p> <p>6) Berfokus pada diri sendiri</p> <p>7) Diaforesis.</p>		<p>2.Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3.Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
6	<p>Resiko infeksi b.d penyakit kronis</p> <p>Defenisi: beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p> <p>Faktor resiko:</p> <p>1) .Penyakit kronis</p> <p>2) Efek prosedurinvansif</p> <p>3) Malnutrisi</p> <p>4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</p> <p>5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1.Kebersihan tangan meningkat</p> <p>2.Nafsu makan meningkat</p> <p>3.Nyeri menurun</p>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi:</p> <p>1.Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Teraupetik:</p> <p>1.berikan perawatan kulit pada area bekas operasi</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>2.Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi:</p> <p>1.Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>

	<p>a. Gangguan peristaltik</p> <p>b.Kerusakan integritas kulit</p> <p>c.Perubahan sekresi pH</p> <p>d. Merokok</p> <p>e. Status cairan tubuh</p> <p>6)Ketidakadeku atn pertahanan sekunder.</p> <p>a.penurunan hemoglobin</p> <p>b.imununosupresi</p> <p>c.leukopenia</p> <p>d.supresi respon inflamasi</p> <p>e.vaksinasi tidak adekuat</p>	<p>4.Bengkak menurun</p>	<p>2.Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>3.Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1.Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
7	<p>Pre Kemoterapi</p> <p>Ansietas b.d krisis situasional</p> <p>Defenisi: kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi:</p> <p>1.Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p>Teraupetik:</p> <p>1.Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>2. ciptakan suasana terapeutik untuk</p>

	<p>memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Merasa bingung</li> <li>2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>3) Sulit berkonsentrasi</li> </ol> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tampak gelisah</li> <li>2) Tampak tegang</li> <li>3) Sulit tidur</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Minor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengeluh pusing</li> <li>2) Anoreksia</li> <li>3) Palpitasi</li> <li>4) Merasa tidak berdaya</li> </ol> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Frekuensi nafas meningkat</li> <li>2) Frekuensi nadi meningkat</li> </ol>	<p>1) Perilaku gelisah menurun 2) Perilaku tegang menurun 3) Pucat menurun 4) Konsentrasi membaik 5) Pola tidur membaik 6) Perasaan keberdayaan membaik</p>	<p>menumbuhkan kepercayaan pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi: 1. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 2. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 3. Menganjurkan mengungkapkan perasaan pribadi 4. melatih teknik relaksasi 5. menganjurkan keluaga untuk selalu bersama pasien</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	3) Tekanan darah meningkat 4) Diaphoresis 5) Tremor 6) Muka tampak pucat 7) Suara bergetar 8) Kontak mata buruk 9) Sering berkemih 10) Berorientasi pada masa lalu.		
8	Intra Kemoterapi Risiko Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan  Faktor Risiko : a) Perubahan sirkulasi b) Bahan kimia iritatif c) Kelembaban d) Perubahan hormonal e) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1.kerusakan jaringan menurun 2.kerusakan lapisan kulit menurun 3.Jaringan parut menurun	Perawatan Integritas Kulit Observasi: 1.Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Teraupetik: 1.Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2.Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Edukasi: 1.Anjurkan minum air yang cukup 2.Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3.Anjurkan meningkatkan asupan sayur dan buah

		4.suhu kulit membaik 5.tekstur membaik	
9.	<p>Post Kemoterapi Nausea bd. Efek agen farmakologis (D.0076)</p> <p>Gejala dan tanda Mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengeluh mual</li> <li>b) Merasa ingin muntah</li> <li>c) Tidak berminat makan</li> </ul> <p>Objektif :</p> <p>Tidak bersedia</p> <p>Gejala dan tanda Minor :</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Merasa asam di mulut</li> <li>b) Sensasi panas atau dingin</li> <li>c) Sering menelan</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Saliva meningka</li> <li>b) Pucat</li> <li>c) Diaforesis</li> <li>d) Takikardia</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat Nusea menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.perasaan ingin muntah menurun</li> <li>2.pucat membaik</li> <li>3.Nafsu makan membaik</li> <li>4.frekuensi menelan membaik</li> </ul>	<p>Intervensi Menejemen Mual (I.03117): Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi faktor penyebab mual</li> <li>2) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</li> <li>3) Monitor mual</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kontrol faktor lingkungan penyebab mual</li> <li>2) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> </ol>

	e) Pupil dilatasi		
10	Defisit Nutrisi bd. Ketidakmampuan menelan makanan (D. 0019)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.porsi makan yang dihabiskan menungkat</li> <li>2.perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>3.nyeri abdomen menurun</li> <li>4.diare menurun</li> <li>5.Berat badan membaik</li> <li>6.Frekuensi makan membaik</li> <li>7. nafsu makan membaik</li> </ul>	<p>Manajemen Nutrisi Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransimakanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan Kalori dan jenis nutrien</li> <li>5. Monitor asupanmakanan</li> <li>6. Monitor berat badan</li> </ol> <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi menentukan program diet</li> <li>2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>3. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</li> <li>4. Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p>

		1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: SDKI(2017)<sup>23</sup>,SLKI (2018)<sup>24</sup>, SIKI (2018)<sup>25</sup>

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya <sup>26</sup>

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan <sup>26</sup>

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

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

Jenis penelitian yang dilaksanakan didalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif menggunakan metode studi kasus. Studi kasus dalam penelitian ini menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolon di Ruangan Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

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

Penelitian ini dilaksanakan di ruangan IRNA Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dilaksanakan pada Oktober 2024 sampai dengan Juni 2025. Penelitian ini dilakukan selama 5 hari dari tanggal 14-18 Februari 2025

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

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

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek/subyek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya<sup>29</sup>. Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien dengan Kanker Kolorektal di ruangan IRNA Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2025. Pada saat dilakukan penelitian pada tanggal 14 Februari 2025 didapatkan Populasi 1 orang pasien kanker kolon.

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

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, ataupun bagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya<sup>29</sup>. Pengambilan sampel peneliti menggunakan metode *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara

memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti untuk mewakili karakteristik populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah 1 orang pasien yang terdiagnosa kanker kolon di ruangan Irna Bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

**a. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti.

- 1) Pasien pria dengan kanker kolon
- 2) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden
- 3) Pasien dirawat dengan keadaan kooperatif

**b. Kriteria ekslusi**

Kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab.

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

**D. Instrumen Pengumpulan Data**

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

1. Format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah terdiri dari : identitas pasien,identifikasi 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 medik, data, masalah dan etiologi.
3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik,diagnosa keperawatan.

5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

## **E. Jenis – Jenis Data dan Prosedur Pengumpulan Data**

### 1. Jenis-jenis Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya <sup>29</sup>. Data primer dalam penelitian ini dikumpulkan langsung dari pasien seperti pengkajian pada pasien dan keluarga, meliputi identitas pasien dan keluarga pasien serta pemeriksaan fisik pada pasien.

#### b. 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, dan lain-lain <sup>29</sup>

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

### 2. Prosedur Pengumpulan Data

Berikut langkah-langkah prosedur pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti:

- a. Peneliti mengurus surat izin penelitian dari instansi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang dan memasukan surat izin penelitian ke RSUP Dr M.Djamil Padang

- b. Meminta surat izin penelitian ke ruangan IRNA Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang melalui diklat.
- c. Meneruskan surat izin penelitian dari diklat ke Ka Instalasi IRNA Bedah
- d. Melaporkan ke Ka Ruangan Irna Bedah Pria untuk izin penelitian
- e. Melakukan penelitian sampel sebanyak 1 orang dengan diagnosa medis Kanker Kolorektal yang sesuai dengan kriteria inklusi dan ekslusi
- f. Mendatangi pasien serta keluarga dan menjelaskan tujuan penelitian
- g. Peneliti meminta persetujuan pasien dan keluarga serta memberikan lembaran Informed Consent untuk ditanda tangani oleh pasien dan keluarga.
- h. Peneliti melakukan kontrak dengan pasien dan keluarga untuk melaksanakan penelitian selama 5 hari rawatan

## F. Metode pengumpulan data

### 1. Observasi

Dalam menggunakan metode observasi cara yang paling efektif adalah melengkapinya dengan format atau blangko pengamatan sebagai instrumen. Format yang disusun berisi item-item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi. Peranan yang paling penting dalam menggunakan metode observasi adalah pengamat. Pengamat harus jeli dalam mengamati adalah menatap kejadian, gerak atau proses<sup>29</sup>. Dalam observasi peneliti melihat keadaan pasien, dan kedaan umum pasien. Selain itu peneliti juga mengamati dan mengobservasi tindakan apa saja yang dilakukan kepada pasien.

### 2. Kuesioner

Kuesioner sering menggunakan daftar periksa dan skala penilaian. Perangkat ini membantu menyederhanakan dan mengukur perilaku dan sikap responden. Daftar periksa adalah daftar perilaku, karakteristik, atau entitas lain yang dicari peneliti. Baik peneliti atau peserta survei

hanya memeriksa apakah setiap item dalam daftar diamati, hadir atau benar atau sebaliknya<sup>30</sup>.

### 3. Wawancara

Wawancara merupakan situasi sosial antara dua orang, dimana proses psikologis yang terlibat membutuhkan kedua individu secara timbal balik dalam memberikan beragam tanggapan sesuai tujuan penelitian. Dalam wawancara terstruktur, peneliti mengajukan serangkaian pertanyaan standar<sup>30</sup>.

## G. Analisis

Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien kanker kolorektal. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan implementasi sampai evaluasi hasil dari tindakan keperawatan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada kanker kolorektal. Analisis selanjutnya adalah membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan teori dan peneltian terdahulu.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab IV ini akan menguraikan asuhan keperawatan beserta analisis pada pasien dengan kanker kolon sebagai kasus kelolaan.

#### A. Deskripsi Kasus

##### 1. Pengkajian Keperawatan

Pasien Tn. R usia 73 tahun merupakan seorang bapak yang bekerja sebagai buruh dengan status kawin yang memiliki 3 orang anak. Pendidikan pasien adalah tamat SLTA. Pasien masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 13 februari 2025 pukul 09.30 WIB, pasien masuk untuk kontrol tindakan lanjutan yaitu operasi laparaskopi hemikolektomi. Sekarang pasien dirawat di ruang bedah Pria RSUP Dr.M.Djamil Padang. Pasien masuk dengan diagnosa Kaker kolon, pasien mengatakan bahwa sudah terdiagnosa kanker kolon sejak bulan Oktober 2024. Saat ini pasien masuk dengan keluhan nyeri perut pada bagian kanan, dan merasakan tidak nyaman dengan nyeri di perutnya, pasien mengeluhkan susah untuk tidur, merasa tidur tidak nyaman dan puas, serta pasien mengatakan bahwa dirinya merasa cemas terhadap penyakit yang dideritnya dan tindakan yang akan dilakukan.

Pasien mengatakan bahwa 1 bulan terakhir pasien BAB menggunakan kantung kolostomi pada bagian kanan perutnya. Dan selama penggunaan kolostomi, pasien mengatakan bahwa pada awalnya pasien merasakan nyeri dibagian kolostomi, tidak terbiasa dalam penggunaan kantung kolostomi, dan merasa tidak percaya diri. Namun, saat ini pasien merasa sudah mulai membiasakan diri, dan tidak mengeluhkan nyeri karena kolostomi dan pasien mengatakan bahwa dirinya sudah bisa menggunakan kantung kolostomi. Dan pasien mengeluhkan BAB yang terkadang encer.

Saat dilakukan pengkajian pre operasi pada tanggal 14 februari 2025 pukul 12.00 WIB diruang bedah pria, pasien mengeluhkan nyeri pada bagian

perut, nyeri yang dirasakan dengan skala 4, durasi selama kurang lebih 3-5 menit, nyeri terasa meski hanya duduk diam, Pasien mengatakan nyeri sudah dirasakan sekitar 1 minggu ini. Pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisinya dan tindakan yang akan dilakukan. Karena rasa nyeri dan cemas yang dirasakan, pasien mengatakan susah untuk tidur dan merasa tidurnya jadi tidak nyaman dan tidak puas. Pasien mengatakan tidak nafsu makan, dan hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makanan dan terkadang makanan yang dimakan sering terbuang, sehingga pasien merasakan badannya terasa lemas, lemah dan lelah yang membuat segala aktifitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien dijadwalkan akan melakukan tindakan operasi laparaskopi hemikolektomi pada tanggal 15 Februari 2025. Operasi laparaskopi hemikolektomi yang dilakukan adalah untuk mengangkat sebagian kolon dengan teknik laparaskopi atau membuat sayatan kecil.

Riwayat kesehatan dahulu didapatkan pasien mengatakan bahwa pada bulan Januari 2025 pasien melakukan operasi kolostomi dengan diagnosa medis kanker kolon. Operasi kolostomi dilakukan untuk pembuatan kolostomi agar membantu pasien dalam BAB dan juga untuk mengistirahatkan kolon yang bermasalah sebelum dilakukan tindakan laparaskopi. Dan pada akhir bulan Januari pasien melakukan pemeriksaan kolonoskopi untuk melihat kondisi kolon pasien.

Pengkajian keluarga didapatkan keluarga lainnya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien dan juga tidak memiliki penyakit seperti Hipertensi, DM, Jantung, Kanker.

Pada kebutuhan dasar pasien, didapatkan data pasien diantaranya untuk pola nutrisi. Pada saat sehat pasien mengatakan bahwa pasien mampu makan 3x/hari dengan nasi, lauk pauk dan sedikit sayuran, tetapi jarang disertai dengan buah-buahan dan sering mengkonsumsi mie instan. Pasien suka mengkonsumsi makan olahan daging merah seperti rendang, sup daging, gulai daging, serta pasien juga sering makan- makanan yang

bersantan. Namun, pada saat sakit pola makan pasien berubah, pasien mengatakan sering tidak nafsu makan, selera makan berkurang, pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makan yang disertai dengan lauk pauk dan sayur. Dan pada saat di rumah sakit pasien mendapatkan makan 3x/hari makanan lunak dengan porsi yang diberikan rumah sakit, tetapi pasien hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{2}$  dari porsi yang diberikan. Pasien mengatakan tidak ada nafsu untuk makan, dan untuk minum pasien minum sebanyak 1000 -1200 ml dalam sehari.

Pada pola istirahat dan tidur, lamanya pasien tidur lebih kurang 5 - 6 jam sehari. Pasien mengatakan sulit tidur dan tidak nyaman untuk tidur dikarenakan nyeri perut, sering merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakit serta tindakan yang akan dilakukan sehingga membuat pasien susah untuk tidur.

Pola eliminasi pasien, pada saat sehat pasien mengatakan BAK tidak ada masalah, dengan frekuensi sebanyak 5-6 x/hari, berbau khas, bewarna kuning jernih. Dan untuk BAB, BAB pasien teratur dan tidak ada masalah, konsistensi lunak berwarna kuning dan berbau khas, frekuensi sebanyak 1-2 kali dalam sehari. Namun setelah sakit, pasien sekarang BAB melalui kantung colostomy yang konsistensinya berubah terkadang encer atau lembek dengan berbau khas.

Untuk pola aktivitas pasien sebelum dan sesudah operasi, pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas yang berat, pasien mengatakan badan sering terasa lemas dan mudah lelah, serta nyeri yang dirasakan pasien yang membuat aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat seperti mandi, pembuangan BAB melalui kantung colostomy, serta makan pasien.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran pasien compositus, BB 50 kg, TB 160 cm, TD 110/70 mmHg, HR 78x/I, RR 19x/I, T 36 C. Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pembesaran

kelenjar tiroid, dan tidak ada pembesaran vena jongularis pada leher. Pemeriksaan abdomen tidak ada distensi, terpasang kantung kolostomi dibagian abdomen kanan, ada nyeri tekan, perfusi tympani, bising usus normal. Pasien tampak pucat, turgor kulit baik, pada ekstremitas CRT < 2 detik, akral teraba hangat, tidak ada edema, tangan kanan pasien terpasang IVFD Tutosol 20 tpm.

Hasil pemeriksaan labor pasien pada tanggal 14 februari 2025 didapatkan Hemoglobin rendah yaitu 11 g/dL, leukosit  $2,56 \times 10^3/\text{mm}^3$ , Eritrosit  $3,76 \times 10^6/\text{L}$ , Albumin 3,3 g/Dl.

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi laparoskopi pada tanggal 16 Februari 2025 pukul 10.00 WIB pasien mengatakan nyeri pada luka post laparoskopi dengan skala nyeri 4, tampak luka sepanjang 1-2 cm sebayak 3 buah yang tertutup kasa, nyeri hilang timbul dengan durasi 4-5 menit, pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak melindungi luka dengan tidak berubah posisi tidur, pasien mengatakan tidak tidur nyenyak, tidak ada nafsu makan, dan makan makanan yang lunak tetapi hanya bisa makan  $\frac{1}{2}$  porsi saja, pasien tampak pucat, dan lemas, pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat dan anaknya.

Terapi obat yang diberikan pada pasien adalah IVFD tutosol 3 kolf/24 jam, Inj ranitidin 2x50 mg , Inj ketorolac 3x30 mg, Inj gentamisin 3x80 mg.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

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

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

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

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada tanggal 14 Februari 2025 ditemukan data subjektif pasien mengatakan nyeri

di bagian perut kanan, saat ditanya skala nyeri, pasien mengatakan 4 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Pasien mengatakan untuk durasi nyeri selama 3-5 menit. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan. Pasien tampak meringis, gelisah, dan tampak menahan sakit. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

2) Diagnosis Keperawatan II

Ansietas berhubungan dengan krisis situasional pada tanggal 14 Februari 2025 ditemukan data subjektif, pasien mengatakan merasa khawatir dan cemas sama kondisinya saat ini dan tindakan yang akan dilakukan dan pasien mengatakan susah tidur karena rasa cemas dan nyeri yang dirasakannya. Pasien tampak gelisah dan tampak sedikit tegang saat ditanya dan wajah pasien terlihat pucat. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

3) Diagnosis Keperawatan III

Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme pada tanggal 14 februari 2025 ditemukan data subjektif, pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang, pasien mengatakan porsi yang dihabiskan sering hanya  $\frac{1}{2}$  porsi dan menyisakan setengahnya, serta pasien mengatakan kemampuan beraktivitasnya menurun. Data objektif pasien tampak lelah dan lesu, pasien tampak pucat, berat badan pasien 50 Kg yang sebelumnya 54 Kg. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosa defisit nutrisi ditandai dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

**b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi**

1) Diagnosis keperawatan I

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (prosedur operasi) pada tanggal 15 februari 2025 ditemukan nyeri bekas

operasi. Pada saat dilakukan pengkajian post operasi laparoskopi pasien mengeluhkan nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 4, nyeri hilang timbul dengan durasi nyeri selama 4 sampai 5 menit, pasien tampak gelisah dan meringis yang terlihat dari wajah pasien, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi daerah operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Dari data yang didapatkan tersebut maka peneliti menegakkan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi).

## 2) Diagnosis Keperawatan II

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Pada saat dilakukan pengkajian post operasi laparoskopi pasien mengatakan luka bekas operasi masih memerah dan basah. Pasien mengatakan luka bekas operasinya terasa nyeri. Pasien tampak meringis, dan terlihat lemas, dan luka tampak merah dan masih basah. Suhu pasien 36,7 C. Pasien mendapatkan terapi gentamicin sebagai antibiotik pasien. Berdasarkan data subjektif dan data objektif tersebut, peneliti menegakkan diagnosis risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invansif.

### 3. Intervensi Keperawatan

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

#### a. Intervensi Keperawatan Pre Operasi

**Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.** Intervensi yang dilakukan dengan diagnosa nyeri kronis berhungan dengan infiltrasi tumor adalah menjeman nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, pemicu,

nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (teknik relaksasi nafas dalam dan mendengarkan muratal Ayat suci Al-Qur'an), kolaborasi pemberian analgetik yaitu pemberian keterolac 3x30 mg.

Setelah dilakukan tindakan intervensi diharapkan dapat menurunkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik.

**Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.** Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional adalah reduksi ansietas yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih teknik relaksasi dengan teknik napas dalam dan mendengarkan murrotal ayat suci al-qur'an, dan kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

Setelah tindakan intervensi dilakukan maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, polatidur membaik, frekuensi pernapasan membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik.

**Defisit nutrisi ditandai dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.** Intervensi keperawatan yang di lakukan pada diagnosis defisit nutrisi yaitu identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan yang tinggi serat, berikan makanan yang tinggi kalori dan

tinggi protein, anjurkan duduk pasien, ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan.

Setelah tindakan intervensi dilakukan maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: porsi makanan yang dihabiskan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

### b. Intervensi Keperawatan Post Operasi

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencegahan fisiologis (prosedur operasi).** Intervensi keperawatan yang dilakukan pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencegahan fisiologis adalah menajemen nyeri dengan tindakan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperringan nyeri, berikan teknik non farmakologis yaitu memberikan teknik napas dalam dan mendengarkan murotal Al-Qur'an untuk mengurangi rasa nyeri dan mengalihkan nyeri yang dirasakan, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik.

Setelah tindakan intervensi dilakukan maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, pola tidur membaik.

**Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.** Intervensi keperawatan pada diagnosis keperawatan risiko berhubungan dengan efek prosedur invasif adalah pencegahan infeksi tindakan intervensi keperawatan yaitu memonitor tanda gejala infeksi tangan yang benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian antibiotik.

Setelah tindakan intervensi dilakukan maka diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil: demam menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun, dan leukosit membaik.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi kepada Tn. R dilakukan selama 5 hari sesuai dengan asuhan keperawatan yang dibuat berikut adalah asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. R.

##### a. Implementasi keperawatan pre operasi

**Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dari tanggal 14 - 15 februari 2025 adalah menajemen nyeri dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi gejala, lokasi, durasi dan skala nyeri, memberikan posisi yang nyaman pada pasien dengan memberikan posisi semi fawler, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah dilakukan, memberikan terapi obat katerolac 3x30 mg, mengajarkan teknik napas dalam dengan : 1) mengatur posisi pasien dengan punggung lurus, 2) meminta pasien untuk menutup mata, 3) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan, 4) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks, 5) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali, 6) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan, 7) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang, dan setelah itu mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an surat ar – rahman melalui handpone pasien selama 15-30 menit.

**Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional dari tanggal 14-15 Februari 2025 adalah reduksi ansietas yaitu mengidentifikasi tingkat ansietas pasien, memonitor tanda – tanda ansietas pasien, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, memahami situasi yang membuat ansietas, mendengarkan dengan penuh perhatian, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan,

menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih teknik relaksasi dengan teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an.

**Defisit nutisi ditandai dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Risiko defisit nutisi ditandai dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dari tanggal 14 -18 februari 2025 menajemen nutrisi yaitu mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor asupan makanan, menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, memberikan makanan yang tinggi serat, memberikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, menganjurkan posisi duduk, mengajarkan diet yang diprogramkan, berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan.

#### b. Implementasi keperawatan post operasi

**Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis (tindakan operasi).** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis (tindakan operasi) dari tanggal 16-18 Februari 2015 adalah menajemen nyeri yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intesitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri seperti posisi miring kanan/kiri dan terapi relaksasi teknik napas dalam dan mendengarkankan lantunan ayat suci Al-Qur'an, memberikan terapi obat katerolac 3x30 ml.

**Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dari tanggal 16 -18 februari 2025 yaitu mencegah infeksi dengan tindakan keperawatan memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memberikan obat gentamisin 2x80 mg.

## 5. Evaluasi Keperawatan

### a. Evaluasi keperawatan pre operasi

**Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.** Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 2 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor didapatkan masalah masalah teratasi sebagian yaitu pada kunjungan kedua pada tanggal 15 februari 2025 dengan evaluasi subjektif pada kunjungan kedua, pasien mengatakan nyeri masih ada, dan pasien mengatakan sedikit merasa rileks saat dilakukan teknik relaksasi yang diberikan.

**Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.** Evaluasi keperawatan yang dilakukan setiap hari selama 2 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional didapatkan masalah teratasi sebagian pada kunjungan kedua yaitu pada tanggal 15 februari 2025 dengan evaluasi subjektif pasien mengatakan bahwa rasa cemas yang dirasakan sudah berkurang, dan pasien mengatakan sudah merasa tenang dan gelisah yang dirasakan sebelumnya sudah berkurang setelah melakukan teknik napas dalam dan mendengarkan terapi muratal ayat suci al – qur'an. Dan evaluasi objektif pasien tampak sudah agak tenang dan pola napas pasien tampak membaik dan nadi pasien tampak normal. Dan pasien tampak siap untuk melakukan operasi.

**Defisit nutrisi ditandai dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.** Evaluasi keperawatan yang dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien dengan diagnosis keperawatan risiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme didapatkan masalah teratasi sebagian pada kunjungan kelima pada tanggal 18 februari 2025. Evaluasi subjektif pasien mengatakan nafsu makan yang masih menurun tetapi pasien berusaha untuk menghabiskan makan, dan pasien mengatakan porsi makan yang dihabiskan sudah lebih baik dari pada hari hari sebelumnya.

#### **b. Evaluasi Keperawatan Post Operasi**

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiolog ( post operasi).** Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 3 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiolog didapatkan masalah teratasi sebagian pada kunjunagn kelima yaitu pada tanggal 18 februari 2025. Evaluasi subjektif yang diperoleh klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dengan skala nyeri 2, pasien sudah bisa duduk, tidur malam pasien sudah tidak terganggu. Evaluasi objektif didapatkan wajah meringis sudah tidak ada, pasien sudah tampak tenang dan rileks, TD 123/78 mmHg, Nadi 88 x /i, napas pasien 20 x/i, dan pasien sudah direncanakan pulang.

**Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.** Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 3 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif didapatkan masalah teratasi pada kunjungan kelima pada tanggal 18 februari 2025. Evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang, tidur pasien tidak terganggu lagi, nyeri pada luka berkurang dengan skala nyeri 2. Evaluasi objektif bekas luka pasien tampak kemerahan berkurang, luka pasien tampak tidak menunjukkan tanda infeksi seperti gatal, bentol-bentol di area dekat luka pasien, pasien tampak tenang, TD

123/78 mmHg, Nadi 88 x /i, napas pasien 20 x/i, T 36 C, dan pasien sudah direncanakan pulang.

## B. Pembahasan Kasus

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan menganalisa data hasil penelitian dengan membahas perbandingan antara teori dengan hasil temuan peneliti saat proses keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pada kasus ini ditemukan pasien dengan berjenis kelamin laki – laki berumur 73 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian Miftahussurur (2022), yang menyatakan bahwa risiko kanker kolorektal meningkat terus menerus seiring bertambahnya usia, terutama pada pria dan wanita yang telah berusia 50 tahun ke atas dengan 90% kasus global dan kematian terjadi setelah usia ini, dan hanya 3% kanker kolorektal terjadi pada individu dengan usia kurang dari 40 tahun. Dan pernyataan tersebut juga diperkuat penelitian Agi Satrio (2022) yang mengatakan bahwa peluang terjadi kanker kolorektal dan risiko kematian yang disebabkan oleh kanker kolorektal meningkat tajam setelah seorang berusia 50 tahun. Peneliti menganalisa bahwa ada kaitan kasus dengan pembahasan yang ada, yang menyatakan bahwa pasien kanker kolorektal beresiko pada orang yang sudah berumur 50 tahun keatas.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 februari 2025 pukul 10.30 WIB pasien mengatakan akan melakukan kontrol lanjutan. Pasien masuk dengan keluhan nyeri perut, dan merasakan tidak nyaman dengan nyeri di perutnya, dirasakan dengan skala 4 terasa seperti ditusuk tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 3-5 menit. Pasien mengatakan nyeri dirasakan meski hanya duduk diam. Hal ini sesuai dengan manifestasi klinis dari kanker kolorektal yaitu pasien kanker kolon merasakan nyeri yang disebabkan oleh salah satunya pertumbuhan sel kanker tersebut.

Hal tersebut sesuai dengan pendapat Itri Ningsih (2017) ,yang mengatakan bahwa kanker dapat menyebabkan nyeri pada penderita dari nyeri ringan sampai nyeri yang paling berat, hal ini disebabkan oleh pertumbuhan sel kanker menekan jaringan tubuh yang membuat penderita merasakan nyeri dan nyeri juga dapat terjadi dari proses terapi yang dijalani oleh penderita kanker termasuk operasi, kemoterapi, dan radioterapi<sup>32</sup>.

Manurut Khoirunnisa dan Murdiono (2017), nyeri yang dirasakan pasien kanker kolorektal merupakan nyeri yang bersifat kronik, kualitas nyeri yang dirasakan oleh pasien kanker kolorektal yaitu nyeri tumpul hingga kolik<sup>33</sup>. Menurut peneliti ditemukan keterkaitan antara kasus dengan teori yang ada, bahwa nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan nyeri yang disebabkan dari pertumbuhan sel kanker tersebut. Sehingga pasien merasakan nyeri bahkan sampai menyakitkan pada tubuhnya.

Pasien mengeluh merasa cemas terhadap kondisinya, akibatnya kualitas tidur pasien menjadi terganggu. Pernyataan ini didukung oleh penelitian Zulaekha dan Setiawan (2024), yang menyatakan bahwa pasien kanker kolorektal sering mengalami tingkat kecemasan yang tinggi, kecemasan yang diderita oleh penderita kanker kolorektal salah satunya diakibatkan oleh nyeri dari kanker itu sendiri dan efek dari pengobatan kanker, semakin tinggi tingkat kecemasan dan tingkat nyeri pasien maka menyebabkan semakin buruk kualitas tidur dari pasien<sup>12</sup>. Dengan begitu terdapat kesesuaian keluhan pasien dan teori yang menjelaskan gejala yang ditimbulkan pasien setelah merasa cemas.

Pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun yang membuat pasien yang tampak lemas dan lelah, serta selama pasien sehat jarang mengkonsumsi makanan berserat seperti sayuran dan buah-buahan, pasien juga sering mengkonsumsi mie instan dan makanan dengan olahan daging. Pasien mengatakan sekarang menggunakan kantung colostomy untuk BAB. Pasien menggunakan kantung colostomy karena penyumbatan yang terjadi pada kolon pasien yang membuat BAB menjadi tidak lancar dan kantung colostomy dibuat untuk mengistirahatkan kolon yang bermasalah sebelum tindakan laparaskopi dilakukan.

Pasien mengeluhkan BAB terkadang encer dan lembek. Hal ini sesuai dengan Zulaekha dan Setaiawan (2024). yang mengatakan bahwa pengobatan yang dilakukan penderita kanker kolorektal seperti pembedahan, radioterapi, kemoterapi dan imunoterapi, memberikan dampak fisik dan psikologis secara langsung pada penderitanya seperti nyeri, kelelahan, kurang nafsu makan, mulut kering, mucositis, dispnea, sembelit, diare, anoreksia, insomnia, mual, muntah, kesulitan kognitif, depresi dan kecemasan<sup>12</sup>.

Pasien mengatakan jarang mengkonsumsi sayur, buah, dan makanan tinggi serat lainnya, dan pasien sering mengkonsumsi olahan dari daging merah. Hal ini berkaitan dengan penelitian Irmayanti dkk yang mengatakan bahwa buah-buahan dan sayuran adalah jenis makanan yang tinggi serat, vitamin, dan mineral. Makanan tinggi serat akan cepat melewati usus dan menurunkan lama feses menetap di kolon. Rendahnya konsumsi sayuran dan buah akan meningkatkan risiko kanker kolorektal.

Dan pernyataan tersebut didukung oleh penelitian Kuzmann (2024), yang mengatakan bahwa pada penelitian yang dilakukan di United States disebutkan bahwa pada individu yang mengkonsumsi serat lebih tinggi terdapat penurunan risiko kanker kolorektal secara signifikan. Penelitian ini juga menyebutkan bahwa hubungan protektif asupan serat lebih kuat pada individu yang mengkonsumsi daging olahan diatas rata-rata per hari dibandingkan yang mengkonsumsi daging olahan dibawah rata-rata per hari. Serta menurut Komite Penanggulangan Kanker Nasional menyatakan bahwa studi yang dilakukan oleh American Cancer Society menemukan bahwa konsumsi tinggi daging merah dan/atau daging yang telah diproses meningkatkan risiko kanker kolon dan rektum<sup>34</sup>.

Menurut analisa peneliti terdapat kesesuaian yang dirasakan pasien dengan teori yang menyatakan bahwa jarang mengkonsumsi sayur dan buah serta sering mengkonsumsi makanan olahan daging dapat meningkatkan risiko terjadi kanker kolon.

Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Hemoglobin rendah yaitu 11 g/dL. Menurut American Cancer Society, kanker kolon bisa menimbulkan gejala

seperti anemia, kondisi ini ditunjukkan dengan jumlah sel darah merah dan kadar hemoglobin yang lebih rendah dari biasanya<sup>5</sup>. Hal tersebut juga sesuai dengan penelitian Mutiara (2020), dimana pada pemeriksaan laboratorium didapatkan Hemoglobin pasien yaitu 9,6 g/dL. Menurut peneliti dari hasil penelitian Mutiara ditemukan adanya persamaan yaitu Hemoglobin rendah yang menyebabkan pasien kanker anemia <sup>22</sup>.

Pada pengkajian post operasi pada tanggal 16 Februari 2025 pukul 10.00 WIB pasien mengatakan nyeri pada luka post laparoskopi dengan skala nyeri 4, tampak luka sepanjang 1 cm, nyeri hilang timbul dengan durasi 4-5 menit, pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak melindungi luka dengan tidak berubah posisi tidur pasien mengatakan tidak tidur nyenyak.

Menurut Suhaila dan Jalaludin (2024), nyeri paska operasi adalah salah satu bentuk nyeri akut yang terjadi akibat dari intervensi pembedahan dan merupakan hasil dari cedera jaringan selama dilakukannya prosedur bedah seperti sayatan kulit, diseksi jaringan, manipulasi dan traksi<sup>35</sup>. Menurut Smeltzer & Bare, pasien post operasi akan merasakan nyeri pada luka post operasi. Menurut Megahrizka dkk (2019), nyeri akan timbul setelah melakukan operasi yang disebabkan oleh luka post operasi serta kemungkinan lain yang perlu dipertimbangkan<sup>36</sup>. Analisa peneliti menemukan bahwa ada keterkaitan antara teori dengan kasus peneliti, bahwa pasien yang sesudah melakukan operasi akan mengalami nyeri pada luka operasi tersebut karena sayatan pada luka operasi tersebut.

Pasien mengatakan tidak nafsu makan, dan makan makanan yang lunak tetapi hanya bisa makan ½ porsi saja, pasien tampak pucat, dan lemas, pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat dan anaknya.

Hal ini sesuai dengan Zulaekha (2024), yang mengatakan bahwa pengobatan yang dilakukan penderita kanker kolorektal seperti pembedahan, radioterapi, kemoterapi dan imunoterapi, memberikan dampak fisik dan psikologis secara langsung pada penderitanya seperti nyeri, kelelahan, kurang nafsu makan, mulut kering, mucositis, dispnea, sembelit, diare, anoreksia, insomnia, mual, muntah, kesulitan kognitif, depresi dan kecemasan<sup>12</sup>. Manurut peneliti adanya

kesesuaian kasus dengan teori, bahwa orang setelah tindakan pembedahan memberikan dampak pada psikologis pasien seperti nafsu makan berkurang karena menahan nyeri yang dirasakan.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik setelah operasi, pasien tampak lesu dan tidak bersemangat, pasien tampak meringis, wajah pasien tampak pucat, kesadaran compos mentis, GCS 15, TD 111/83 mmHg, HR: 76 x/i, RR : 1x/i, T 36,5 C, rambut tidak ada kerontokan, mata simetris kiri dan kanan. Pada tanggal 16 februari di dapatkan hasil labor HB 10,9 g/dL, leukosit : 3,72  $10^3/\text{mm}^3$ , trombosit 268  $10^3/\text{mm}^3$ . Menurut penelitian Astuti (2024), penderita kanker kolon post operasi menunjukkan peningkatan leukosit meski belum terjadi infeksi. Peningkatan jumlah leukosit (sel darah putih) setelah operasi, juga dikenal sebagai leukositosis adalah respon normal tubuh terhadap pembedahan. Hal ini terjadi karena tubuh berusaha melawan infeksi atau peradangan yang mungkin terjadi akibat operasi, seperti kerusakan jaringan atau terpapar kuman. Peningkatan ini biasanya bersifat sementara dan akan kembali normal dalam beberapa hari setelah operasi, terutama dengan pemberian antibiotik jika diperlukan<sup>37</sup>.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada Tn. R, peneliti menegakkan 5 diagnosis dengan 3 diagnosis keperawatan pre operatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, dan defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Serta 2 diagnosis keperawatan post operatif yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisiologi (prosedur operasi) dan risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

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

- 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Diagnosis nyeri kronis dapat ditegakkan pada Tn. R berdasarkan data subjektif pasien mengatakan telah didiagnosa kanker kolon sejak desember 2024, pasien telah melakukan operasi pemasangan kantung

colostomy sebelumnya pada bulan januari 2025. Dan pada saat ini pasien mengeluhkan nyeri di area perutnya dengan skala 4 terasa seperti ditusuk – tusuk dengan durasi selama 3-5 menit. Pasien tampak meringis dan gelisah menahan nyeri yang dirasakan.

Hal ini sesuai dengan manifestasi klinis dari kanker kolorektal yaitu pasien kanker kolon merasakan nyeri salah satu penyebabnya yang disebabkan oleh pertumbuhan sel kanker tersebut. Itri Ningsih (2017), mengatakan bahwa kanker dapat menyebabkan nyeri pada penderita dari nyeri ringan sampai nyeri yang paling berat, hal ini disebabkan oleh pertumbuhan sel kanker menekan jaringan tubuh yang membuat penderita merasakan nyeri dan nyeri juga dapat terjadi dari proses terapi yang dijalani oleh penderita kanker termasuk operasi, kemoterapi, dan radioterapi<sup>32</sup>.

Hal ini juga sama dengan penelitian Mutiara (2020), mengangkat diagnosis keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, dengan gejala merasakan nyeri dibagian perut dan pasien tampak meringis<sup>22</sup>.

Menurut analisa peneliti, diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada pasien sesuai dengan teori yang ada karena nyeri kronis dirasakan lebih dari 3 bulan serta didukung oleh data subjektif dan objektif yang sesuai dengan buku standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI). Menurut Nugroho, diagnosis nyeri dapat ditegakkan pada pasien kanker kolon yaitu nyeri berhubungan dengan penekanan jaringan oleh tumor.

## 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situsional

Diagnosa ansietas dapat ditegakkan pada pasien berdasarkan data subjektif pasien yang mengatakan pasien merasa cemas dengan kondisi penyakitnya dan merasa cemas dan khawatir terhadap tindakan yang akan dilakukan, sehingga menyebabkan pasien menjadi lemas tidak bersemangat, dan pasien susah tidur karena cemas tersebut.

Azkiya (2024), mengatakan bahwa kecemasan sebelum pengobatan merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada pasien kanker kolon. Peningkatan kecemasan sangat berhubungan dengan sistem kekebalan tubuh. Kecemasan yang terjadi dapat menurunkan jumlah sel imun, menyebabkan gangguan aktivasi sitokin sel limfosit T, sehingga banyak pasien yang mengalami kecemasan membuat imun tubuh terganggu dan menyababkan pasien merasa lemas dan bahkan dapat memperparah kondisi penyakitnya<sup>3</sup>.

Pernyataan ini didukung oleh penelitian Zulaekha dan Setiawan (2024), yang menyatakan bahwa pasien kanker kolorektal sering mengalami tingkat kecemasan yang tinggi, kecemasan yang diderita oleh penderita kanker kolorektal salah satunya diakibatkan oleh nyeri dari kanker itu sendiri dan efek dari pengobatan kanker serta semakin tinggi tingkat kecemasan dan tingkat nyeri pasien, semakin buruk kualitas tidur pasien<sup>12</sup>.

Analisa peneliti masalah keperawatan ini memiliki kesesuaian dengan dengan teori yang ada. Bahwa pasien kanker kolon yang mengalami kecemasan yang tinggi biasanya disebabkan oleh nyeri dari kanker tersebut serta tindakan yang akan dilakukan dan kecemasan tersebut memiliki hubungan dengan sistem kekebalan tubuh.

### 3) Defisit nutrisi berhungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Menurut SDKI (2017), defisit nutrisi merupakan mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Diagnosis defisit nutrisi dapat ditegakan pada pasien berdasarkan data subjektif pasien mengeluh nafsu makannya menurun karena merasa cemas terhadap penyakitnya dan tindakan yang dilakukan, pasien mengatakan porsi makan yang dihabiskan sering tidak habis, dan hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makan, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan yang awalnya 56 kg sekarang menjadi 50 kg.

Hal ini sesuai dengan pendapat Zulaekha dan Setiawan (2024), yang mengatakan pengobatan yang dilakukan penderita kanker kolorektal seperti pembedahan, radioterapi, kemoterapi dan imunoterapi, memberikan dampak fisik dan psikologis secara langsung pada penderitanya seperti nyeri, kelelahan, kurang nafsu makan, mulut kering, mucositis, dispnea, sembelit, diare, anoreksia, insomnia, mual, muntah, kesulitan kognitif, depresi dan kecemasan. Hal ini juga disampaikan Amalina (2018), bahwa malnutrisi merupakan masalah yang umum dijumpai pada penderita kanker, kurang lebih 50% pasien kanker mengalami penurunan berat badan dan perubahan status nutrisi pada saat di diagnosis<sup>38</sup>.

Penelitian yang dilakukan oleh Mutiara (2024), memperkuat pernyataan, bahwa Mutiara juga menegaskan diagnosa keperawatan defisi nutrisi dengan gejala nafsu makan berkurang, pasien hanya mampu menghabiskan makanan  $\frac{1}{2}$  porsi, terjadi penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 45 kg yang setara dengan 10% penurunan<sup>22</sup>.

Menurut analisa peneliti keluhan yang dialami pasien sesuai dengan teori yang ada, dimana pasien yang merasakan cemas serta nyeri yang dirasakan membuat pasien kanker mengalami penurunan nafsu makan sehingga membuat terjadinya penurunan berat badan. Dan masalah malnutrisi merupakan hal yang umum terjadi pasien kanker. Maka dari itu peneliti mengangkat diagnosa keperawatan risiko defisi nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makan.

b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi

1) Nyeri Akut berhubungan dengan pencedera fisiologis

Diagnosa nyeri akut dapat ditegakkan berdasarkan data subjektif pasien yang mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri yang dirasakan 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dan berdurasi 4-5 menit serta data objektif pasien tampak meringis dan gelisah dan pasien tampak berusaha menjaga lukanya.

Menurut SDKI (2017), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan<sup>23</sup>. Nyeri paska operasi adalah salah satu bentuk nyeri akut yang terjadi akibat dari intervensi pembedahan dan merupakan hasil dari cedera jaringan selama dilakukannya prosedur bedah seperti sayatan kulit, diseksi jaringan, manipulasi dan traksi<sup>35</sup>.

Menurut Jamal (2022), nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan, atau menyerupai kerusakan jaringan yang aktual atau potensial<sup>39</sup>.

Penelitian Mutiara (2020), menegakan diagnosis keperawatan nyeri akut pada post operasi dengan gejala pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi dan pasien tampak meringis <sup>22</sup>.

Hal ini sama juga dengan penelitian Rahimah (2020), yang menegakan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi) dan pasien juga mengeluhkan nyeri pada luka bekas operasi dan pasien tampak meringis dan gelisah <sup>2</sup>.

Menurut peneliti keluhan yang terjadi pada pasien setelah operasi sesuai dengan teori dimana pasien mengeluhkan nyeri pada luka bekas operasi dan nyeri sendiri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan, atau menyerupai kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang berlangsung kurang dari 3 bulan<sup>39</sup>. Oleh sebab itu, peneliti mengangkat diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (post operasi).

## 2) Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan data subjektif, pasien mengatakan luka bekas operasi masih memerah dan basah, suhu pasien 36,5 C. Pasien mendapatkan terapi gentamicin sebagai antibiotik mencegah infeksi.

Menurut SDKI (2017), resiko infeksi merupakan beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik<sup>23</sup>. Menurut Mita ddk (2023), infeksi merupakan kondisi saat mikroorganisme masuk dan berkembang dalam tubuh pejamu sehingga dapat menyebabkan sakit sehingga yang diertai gejala klinis lokal atau sistemik. Adapun tempat yang menjadi resiko untuk penyebaran infeksi yaitu di rumah sakit, rumah sakit menjadi tempat penyebaran infeksi karena terdapat populasi mikroorganisme yang tinggi dengan jenis virulen yang masih resisten terhadap antibiotik dan dapat ditularkan oleh pemberi pelayanan kesehatan<sup>40</sup>.

Penelitian Mutiara (2020), mengangkat diagnosis keperawatan risiko infeksi dengan gejala pasien mengatakan luka terasa nyeri, pasien mengatakan badan terasa sedikit panas, luka bekas operasi tampak kemerahan dan suhu pasien 37,8 C, Hb 9,6 g/dL.

Penelitian Rahimah (2020) juga mengangkat diagnosa keperawatan risiko infeksi dengan gejala pasien mengatakan luka terasa nyeri, badan terasa panas dengan suhu 37,5 C serta luka pasien tampak kemerahan.

Analisa peneliti ditemukan beberapa persamaan keluhan yang dirasakan yaitu nyeri pada luka, luka masih merah, tetapi terdapat perbedaan dalam suhu pasien yang dimana pasien peneliti memiliki suhu yang normal dan tidak merasakan panas. Pasien dirawat di rumah sakit yang merupakan tempat penyebaran infeksi karena terdapat populasi mikroorganisme yang tinggi. Maka pasien kanker kolon post operasi sangat rentan dan berisiko terhadap penyebaran infeksi. Maka dari itu, peneliti mengangkat diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang peneliti susun dalam penelitian ini sesuai dengan diagnosis yang muncul pada kasus berdasarkan SLKI (2018) dan SIKI (2018), sebagai berikut:

a. Intervensi Keperawatan Pre Operatif

**Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.** Rencana keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil berupa keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola tidur membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah menjajem nyeri yaitu identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, pemicu, nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (teknik relaksasi nafas dalam dan mendengarkan muratal Ayat suci Al-Qur'an), kolaborasi pemberian analgetik yaitu pemberian keterolac 3x30 mg.

Menurut Susilawati dkk (2023), mengatakan teknik relaksasi yang efektif untuk mengurangi intensitas nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam karena termasuk asuhan keperawatan untuk mengontrol rasa nyeri secara efektif dan efesien<sup>41</sup>.

Menurut Rachmadani dkk (2022), mengatakan bahwa terapi murrotal Al-Qur'an salah satu cara nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yang dirasakan dengan pengalihan perhatian dan pikiran positif atau disebut sebagai teknik distraksi<sup>42</sup>. Penerapan terapi murrotal Al-qur'an pada pasien kanker telah dilakukan pada penelitian Amalia dkk (2021), yang menyatakan bahwa terdapat dua pasien kanker yang diberikan terapi murrotal al-qu'an surat Ar-Rahman untuk mengatasi nyeri yang dirasakan. Dan terbukti setelah diberikan terapi Murratal al-qur'an selama 3 hari dapat menurunkan rasa nyeri pada pasien kanker kolorektal. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri berkurang<sup>43</sup>.

Pemberian analgetik yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien dapat mengatasi nyeri yang diderita pasien dan dapat meningkatkan harapan hidup serta kualitas hidup pada pasien kanker. Ketonolak telah dikenal sangat efektif untuk mengatasi nyeri kanker. Jenis obat tersebut dapat

diberikan dengan berbagai rute pemberian. Pemilihan obat ini cukup tepat karena hasil studi yang dilakukan Kurniasari dkk (2019), menunjukkan bahwa ketorolak sangat *cost effective*. Hal ini karena ketorolak dapat mengurangi lama waktu rawat berkaitan dengan kurangnya rasa nyeri dan tidak terjadinya efek samping seperti pada penggunaan opioid<sup>44</sup>. Pada penelitian Mutiara (2020), pasien juga mendapatkan terapi analgetik katerolac yang berfungsi untuk meredakan nyeri. Dari data tersebut ditemukan persamaan bahwa pasien mendapatkan analgetik katerolac untuk meredakan nyeri.

Menurut peneliti pelaksanaan pemerian teknik relaksasi nafas dalam dan terapi murrotal Al-Qur'an sangat bermanfaat untuk pasien kanker kolon yang mengeluhkan nyeri diiringi dengan pemberian analgetik yang membuat merasa tenang dan rileks.

**Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.** Rencana keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, pola tidur membaik, frekuensi pernapasan membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik.

Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah reduksi ansietas yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda – tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih teknik relaksasi mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an, dan kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu.

Menurut Asrul mengatakan bahwa terapi murottal Al-quran dapat menurunkan kecemasan pada pasien dan mendengarkan bacaan murottal Al-Qur'an melalui audio merupakan salah satu alternatif yang dapat menjadi penenang dan pengingat diri. Selain itu penelitian menunjukkan bahwa terapi al-qur'an dapat menurunkan kecemasan pasien kanker. Yang menunjukkan 7 orang responden yang mengalami kecemasan sedang setelah diberi terapi murrotal al-qur'an tingkat kecemasan mereka turun dan menjadi normal. Dan 6 responden yang mengalami kecemasan berat, tingkat kecemasan mereka turun ke tingkatan yang lebih rendah setelah terapi murrotal diberikan.

Menurut peneliti pemberian terapi murrotal al-qur'an sangat bermanfaat dalam mengatasi kecemasan pada pasien kanker kolon yang mengeluhkan rasa cemas yang berlebih, dan membuat pasien menjadi lebih tenang dan rileks.

**Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.** Rencana keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makanan yang dihabiskan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, frekuensi makan membaik, dan nafsu makan membaik.

Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan yang tinggi serat, berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, anjurkan posisi duduk, ajarkan diet yang diprogramkan.

Menurut Ririn (2017), kecukupan nutrisi pada pasien kanker diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan energi dan protein, vitamin, mineral, serta elektrolit. Kecukupan nutrisi diperlukan pada semua stadium penyakit karena dapat membantu mengontrol gejala yang berhubungan dengan terapi, menurunkan komplikasi pasca operasi, menurunkan tingkat infeksi dan memperpendek rawat inap. Asupan serat

yang tinggi, terutama dari sereal atau biji-bijian dan buah-buahan, dikaitkan dengan penurunan risiko insiden kanker kolorektal. Sumber serat dari buah, sayuran, kacang-kacangan, sereal dan biji-bijian. Asupan karotenoid, sayuran hijau muda, sayuran kuning-oranye, brokoli, jagung, wortel, pisang, bawang putih, dan kacang polong (termasuk produk kedelai) berperan dalam terjadinya kanker kolorektal. Serat dari sayuran berperan besar dalam melindungi riisko kanker kolorektal<sup>45</sup>

Menurut peneliti diet yang diprogram kan pada pasien sangat berpengaruh dalam perkembangan kanker kolon untuk pasien yang dapat dilakukan dengan memperhatikan kecukupan nutrisi dan menkonsumsi makanan yang tinggi serat.

b. Intervensi Keperawatan Post Operatif

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (post operasi).** Rencana keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi diharapakan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil berupa keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola tidur membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah menajemen nyeri yaitu identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, pemicu, nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (teknik relaksasi nafas dalam dan mendengarkan muratal Ayat suci Al-Qur'an), kolaborasi pemberian analgetik yaitu pemberian keterolac 3x30 mg.

Menurut Susilawati dkk (2023), mengatakan teknik relaksasi yang efektif untuk mengurangi intensitas nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam karena termasuk asuhan keperawatan untuk mengontrol rasa nyeri secara efektif dan efesien <sup>41</sup>. Menurut Apriza dan Veronika (2024) mengatakan bahwa relaksasi nafas dalam adalah teknik menarik nafas dalam-dalam dengan menggunakan pernafasan dada melalui hidung akan mengalirkan

oksidigen ke darah, kemudian dialirkkan keseluruh tubuh, sehingga pasien akan merasakan rileks dan nyaman karena tubuh akan mengalirkan hormon endorphin yang merupakan penghilang rasa sakit alami dalam tubuh<sup>46</sup>.

Menurut Amalia dan Hartiti (2021), mengatakan bahwa salah satu teknik distraksi yang digunakan untuk mengatasi nyeri adalah terapi murrotal Al-Qur'an. Terapi murrotal Al-Qur'an mempunyai beberapa kelebihan, antara lain yaitu dapat mengalihkan rasa nyeri, takut, tegang, cemas sehingga dapat menurunkan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, dan detak jantung<sup>43</sup>.

Menurut peneliti pelaksanaan pemerian teknik relaksasi nafas dalam dan terapi murrotal Al-Qur'an sangat bermanfaat untuk pasien kanker kolon yang mengeluhkan nyeri karena luka post operasi karena membuat pasien merasa lebih rileks dan jadi lebih tenang serta diiringi dengan pemberian analgetik katerolak dapat membantu meringankan nyeri pasien menjadi lebih cepat.

**Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.** Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosis keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, demam menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, nafsu makan meningkat. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu memonitor tanda gejala infeksi tangan yang benar, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian antibiotik.

Menurut Sandra (2022), lamanya penyembuhan luka pada pasien pasca operasi tergantung ada tidaknya komplikasi serta beberapa faktor instrinsik & ekstrinsik. Infeksi lebih sering muncul 2- 11 hari pasca operasi. Proses penyembuhan luka dapat dilakukan dengan cara merawat

luka atau teknik perawatan luka serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein dan vitamin C<sup>47</sup>.

Menurut Mutiara (2020), tindakan yang dilakukan untuk mencegah komplikasi infeksi adalah dengan cara melakukan perawatan luka operasi. Menurut peneliti risiko infeksi dapat dilakukan dan dicegah dengan melakukan perawatan luka karena perawatan luka dapat membersihkan luka apabila ada kuman atau pathogen penyebab infeksi sehingga dapat terhindar dari infeksi.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi dilakukan berdasarkan tindakan yang telah direncanakan pada intervensi, implementasi pada Tn.R adalah sebagai berikut:

a. Implementasi Keperawatan Pre Operasi

**Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.** Implementasi pada diagnosis Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dilakukan selama 2 hari yaitu dari tanggal 14-15 februari 2025 adalah menajemen nyeri dengan tindakan keperawatan mengidentifikasi gejala, lokasi, durasi dan skala nyeri. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah dilakukan, memberikan terapi obat katerolac 3x30 mg, mengajarkan teknik napas dalam dan terapi murrotal ayat suci al-qur'an dengan menghidupkan suara murrotal al-qur'an surat ar – rahman selama 15 – 30 menit dari handpone pasien dan meletakan disamping pasien.

Implementasi yang dilakukan adalah teknik relaksasi napas dalam dan terapi murrotal Al-qu'an untuk menenangkan pikiran agar perhatian pasien teralihkan dari nyeri yang dirasakan serta membuat pasien merasa lebih nyaman dan rileks.

**Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dilakukan selama 2 hari dari tanggal 14-15 Februari 2025 adalah reduksi ansietas yaitu mengidentifikasi

tingkat ansietas pasien, memonitor tanda-tanda ansietas pasien, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, memahami situasi yang membuat ansietas, mendengarkan dengan penuh perhatian, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih teknik relaksasi dengan teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an.

Implementasi yang dilakukan telah sesuai dengan teori yaitu memberikan latihan teknik relaksasi napas dalam dan terapi murrotal al – qur'an untuk mengurangi rasa cemas dan takut pasien. Teknik relaksasi napas dalam dan terapi murrotal al – qur'an bermanfaat untuk mendapatkan perasaan tenang dan nyaman, dan membuat pasien menjadi lebih rileks.

**Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dari tanggal 14- 18 februari 2025 adalah menjajenis nutrisi yaitu mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor asupan makanan, menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, memberikan makanan yang tinggi serat, memberikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, menganjurkan posisi duduk , mengajarkan diet yang diprogramkan, berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet pasien.

Menurut Lewandowska dkk (2022), yang mengatakan bahwa pengobatan kanker menimbulkan efek samping yang mempengaruhi status gizi pada pasien karena telah terbukti bahwa kanker tidak terlepas dari berkurangnya atau habisnya cadangan protein tubuh dan banyak vitamin dan mineral. Malnutrisi pada pasien dapat berdampak signifikan pada sistem imun, dan dapat mendorong hasil pengobatan yang lebih buruk dan remisi klinis.

Menurut peneliti memperhatikan status gizi dan asupan makanan pasien kanker kolon sangat berpengaruh terhadap kondisi pasien<sup>48</sup>.

**Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis (tindakan operasi).** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis (tindakan operasi) dari tanggal 16-18 Februari 2015 adalah menajemen nyeri yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intesitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri seperti posisi miring kanan/kiri dan terapi relaksasi teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an dengan mendengarkan suara murrat al – qur'an dari handpone pasien selama 15 - 30 menit yang diletakan disamping tidur pasien, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mangajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri, memberikan terapi obat katerolac 3x30 ml.

Implementasi yang dilakukan telah sesuai dengan teori yaitu memberikan teknik nonfarmakologis seperti teknik relaksasi napas dalam dan terapi murrotal al – qur'an untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien dan mengalihkan perhatian pasien dari nyeri yang dirasakan. Teknik relaksasi napas dalam dan terapi murrotal al – qur'an bermanfaat untuk mendapatkan perasaan tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot untuk mengurangi ketegangan dan kejemuhan yang biasanya menyertai nyeri.

**Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.** Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif dari tanggal 16-18 februari 2025 yaitu pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah

kontak dengan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memberikan antibiotik gentamisin 3x80 mg.

Implementasi yang dilakukan adalah perawatan luka post operasi pasien. Pasien dan keluarga di anjurkan menjaga luka pasien agar tidak terinfeksi dengan salah satu caranya mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Dan meminta kepada perawat untuk mengganti balutan luka pasien.

## 5. Evaluasi Keperawatan

### a. Evaluasi keperawatan Pre Operasi

**Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari, pada masalah keperawatan nyeri kronis didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mengatakan nyeri masih ada, dan pasien mengatakan sedikit merasa rileks dan dapat mengontrol nyeri dengan cara teknik nafas dalam dan mendengarkan murrotal Al- Qur'an, dan pasien dapat mengenali skala nyeri, durasi dan hal yang memperberat serta cara mengurangi nyerinya. Menurut peneliti masalah nyeri kronis teratasi dan intervensi dapat dihentikan.

**Ansietas berhubungan dengan Krisis Situsional.** Evaluasi keperawatan yang dilakukan setiap hari selama 2 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situsional didapatkan masalah teratasi sebagian pada kunjungan kedua yaitu pada tanggal 15 februari 2025 dengan evaluasi subjektif pasien mengatakan bahwa rasa cemas yang dirasakan sudah berkurang, dan pasien mengatakan sudah merasa tenang dan gelisah yang dirasakan sebelumnya sudah berkurang setelah melakukan teknik napas dalam dan mendengarkan terapi muratal ayat suci al – qur'an. Dan evaluasi objektif pasien tampak sudah agak tenang dan pola napas pasien tampak membaik dan nadi pasien tampak normal. Menurut peneliti masalah ansietas teratasi dan intervensi dihentikan.

**Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.** Evaluasi keperawatan yang dilakukan setiap hari selama 5 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pasien dengan diagnosis keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan didapatkan masalah teratasi sebagian pada kunjungan kelima pada tanggal 18 februari 2025. Evaluasi subjektif pasien mengatakan nafsu makan masih kurang, tetapi pasien terus berusaha untuk makan, dan pasien mengatakan porsi makan yang dihabiskan sudah lebih baik dari pada hari – hari sebelumnya. Dan evaluasi objektif pasien tampak lebih ada tenaga dan lebih bersemangat dalam berusaha menghabiskan makanan.

b. Evaluasi Keperawatan Post Operasi

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (post operasi).** Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 3 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didapatkan masalah teratasi sebagian pada kunjunagn kelima yaitu pada tanggal 18 februari 2025. Evaluasi subjektif yang diperoleh klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dengan skala nyeri 2, pasien sudah bisa duduk, tidur malam pasien sudah tidak terganggu. Evaluasi objektif didapatkan wajah meringis sudah tidak ada, pasien sudah tampak tenang dan rileks, TD 123/78 mmHg, Nadi 88 x /i, napas pasien 20 x/i, dan pasien sudah direncanakan pulang. Menurut peneliti masalah nyeri akut teratasi sebagian.

**Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.** Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari selama 3 hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif didapatkan masalah teratasi pada kunjungan kelima pada tanggal 18 februari 2025. Evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang, tidur pasien tidak terganggu lagi, nyeri pada luka berkurang

dengan skala nyeri 2. Evaluasi objektif bekas luka pasien tampak tidak ada kemerahan lagi, luka pasien tampak tidak menunjukkan tanda infeksi seperti gatal, pasien tampak tenang, TD 123/78 mmHg, Nadi 88 x /i, napas pasien 20 x/i, dan pasien sudah direncanakan pulang. Menurut peneliti masalah risiko infeksi teratasi sebagian.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolorektal di ruangan irna bedah RSUP Dr. M.Djamil Padang, dapat disimpulkan :

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

Hasil pengkajian pada pasien dengan kanker kolon didapatkan pasien masuk dengan diagnosa Ca Colon dan pasien masuk dengan keluhan nyeri perut pada sisi kanan, dan merasakan tidak nyaman di perut sebelah kanan, pasien mengeluhkan susah untuk tidur dan merasa tidur tidak nyaman dan puas. Pasien mengatakan bahwa dirinya merasa cemas terhadap penyakit yang dideritnya dan tindakan yang akan dilakukan. Pasien mengatakan bahwa 1 bulan terakhir BAB menggunakan kantung colostomy dan saat ini pasien mengeluhkan BAB yang terkadang encer, badan terasa lemas, lemah. Pasien dijadwalkan akan melakukan tindakan operasi laparaskopi hemikolektomi di bagian kolon pasien sebelah kanan pada tanggal 15 Februari 2025. Pada saat post operasi laparaskopi pasien mengeluhkan nyeri pada luka post operasinya, pasien mengatakan masih tidak nafsu untuk makan, pasien juga mengeluhkan tidur terasa tidak nyaman dan merasa terganggu karena nyeri yang dirasakan pasien tampak pucat, dan lemas, pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat dan anaknya. Pasien mengatakan luka bekas operasi masih merah dan basah.

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

Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus pasien Kanker kolon ditemukan 3 diagnosis pre operasi yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, ansietas berhubungan dengan krisis situasional,

defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, dan 2 diagnosis post operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

### 3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang disusun bergantung pada masalah keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan pembahasan yang telah ada, berdasarkan buku SDKI, SLKI, SIKI. Rencana keperawatan tersebut berupa manajemen nyeri, reduksi ansietas, manajemen nutrisi, dan pencegahan infeksi.

### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan mengacu kepada rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari dari tanggal 14 - 18 Februari 2025. Implementasi yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan keperawatan yang telah disusun yaitu melakukan terapi relaksasi nafas dalam, terapi murrotal Al-Qur'an, kolaborasi memberikan analgetik ketorolac, menjelaskan mengenai kondisi, melakukan manajemen nutrisi, dan melakukan pencegahan infeksi. Sebagian besar tindakan keperawatan dapat dilakukan pada implementasi keperawatan

### 5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi dilakukan selama 5 hari pada tanggal 14 – 18 februari 2025 dalam SOAP. Hasil yang tercapai berdasarkan SLKI yaitu tingkat nyeri menurun, tingkat ansietas menurun, status nutrisi membaik, penyembuhan luka meningkat, tingkat infeksi menurun.

## 6. Dokumentasi Keperawatan

Seluruh tindakan yang dilakukan pada pasien dengan kanker kolon didokumentasikan pada catatan peneliti pada format asuhan keperawatan.

## B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

### 1. Bagi Direktur Rumah Sakit

Melalui direktur rumah sakit disarankan perawat yang ada diruangan agar dapat lebih memperhatikan intervensi manajemen nyeri bagi pasien kanker kolon yang sudah dilakukan dan mempertahankan agar intervensi berjalan dengan optimal.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini disarankan dapat dijadikan sebagai studi kepustakaan yang bisa dijadikan sebagai informasi untuk menambah pengetahuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien kanker kolon.

### 3. Bagi Perawat Ruangan Irna Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil

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

### 4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini disarankan dapat dijadikan sebagai data pembanding peneliti selanjutnya tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker kolon.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kasron, Susilawati. Buku Ajar Anatomi Fisiologi Dan Gangguan Sistem Pencernaan. Jakarta Timur: Cv. Trans Info Media; 2018.
2. Rahimah U. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Kolon Di Irna Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang. Poltekkes Kemenkes Padang. 2023;
3. Azkiya Mw, Ardiana A, Afandi At. Pengaruh Edukasi Terhadap Kecemasan Pasien Kanker Kolorektal Pada Kemoterapi Pertama Kali: Studi Kasus. J Keperawatan Prof. 2024;5(1):122–9.
4. Irmayati N, Waluyo A, Edianto. Asuhan Keperawatan Spesialistik Klien Dengan Knker Kolorektal [Internet]. Jakarta Selatan: Penerbit Salemba Medika; 2022.
5. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer Statistics, 2023. Ca Cancer J Clin. 2023;73(1):17–48.
6. Amelia Ar. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Laparatomii, Colostomy. 2024;
7. Budiman R. Pendekatan Komprehensif Kanker Kolorektal [Internet]. Surabaya: Cv. Jakad Media Publishing; 2023.
8. Sayuti M, Nauva. Kanker Kolorektal. J Averrous. 2019;Vol 5 No.:76–88.
9. Pajong Ye. Asuhan Keperawatan Pada Tn. J.M. Dengan Diagnosa Medik Kanker Usus Di Ruang Asoka Rsud Prof.Dr.W.Z.Johanes Kupang. 2019;
10. Salmiah S, Sayuti M. Manajemen Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Aceh Utara Tahun 2021-2023. J Anestesi. 2024;2(4):83–91.
11. Putri A, Rinanda V, Chadir R. Hubungan Self-Efficacy Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Kolorektal Di Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019. 'Afiah. 2022;9(1):1–8.
12. Zulaekha Qs, Setiawan A, Sukarni S, Hapsari T. Tingkat Kecemasan Dan Tingkat Nyeri Menurunkan Kualitas Tidur Pada Pasien Kanker Kolorektal. J Keperawatan Indones Florence Nightingale. 2024;4(1):15–22.
13. Humas. Rs M Djamil Sambut Tim Impact Mission Dari Iaea, Who, Dan Iarc [Internet]. Humas Rsup M. Djamil Padang. 2024.
14. Who. Colorectal Cancer [Internet]. Who. 2023. Available From: [Https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Colorectal-Cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer)
15. Kemenkes Ri. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kanker Kolorektal [Internet]. Sustainability (Switzerland). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
16. Aswan Nr, Hanriko R. Faktor Risiko Kanker Kolorektal Colorectal Cancer Risk Factors. Medula. 2023;13:1–6.

17. Adilla A, Eka Mustika S. Hubungan Usia Dan Jenis Kelamin Terhadap Kejadian Kanker Kolorektal Relationship Of Age And Gender To The Event Of Colorectal Cancer. J Kedokt Stm. 2023;Vi(1):53–9.
18. Pratama Kp, Adrianto Aa. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kanker Kolorektal Stadium Iii Di Rsup Dr Kariadi Semarang. Diponegoro Med J (Jurnal Kedokt Diponegoro). 2019;8(2):768–84.
19. Miftahussurur M, Rezkitha Yaa. Aspek Diagnosis Dan Terapi Terkini Kanker Kolorektal [Internet]. Jawa Timur: Airlangga University Press; 2020.
20. Cahyono Hd. Integrasi Teknologi (Telehealth, Web Based Intervention, Mobile Health) Dalam Upaya Peningkatan Aktivitas Fisik Pasien Kanker. J Penelit Keehatan Suara Forikes. 2020;11:52–8.
21. Lenggogeni Dp. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Kolorektal [Internet]. Filu Marwati Santoso, Editor. Yogyakarta; 2023.
22. Jondesya M. Kanker Kolon Di Ruangan Irna Bedah. Poltekkes Kemenkes Padang. 2020;
23. Ppni Tpsd. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dpp Ppni; 2017.
24. Tim Pokja Slki Dpp Ppni. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dpp Ppni; 2018.
25. Tim Pokja Siki Dpp Ppni. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dpp Ppni; 2018.
26. Polopadang V, Hidayah N. Proses Keperawatan Pendekatan Teori Dan Praktik. Gowa: Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas; 2019.
27. Hikmawati F. Metodo Penelitian. Depok: Pt. Raja Grafindo Persada; 2020.
28. Yolanda F. Kanker Kolon Di Ruangan Irna Bedah. Poltekkes Kemenkes Padang. 2020;
29. Sodik Ma, Siyoto S. Dasar Metodologi Penelitian. Yogyakarta: Literasi Media Publishing; 2015.
30. Panudju At, Purba F, Nurbaiti S, Kalalingi Sy. Metodologi Penelitian. Padang: Cv. Gita Lentara; 2024.
31. Agi Satria Putranto. Manajemen Kanker Kolorektal. Medicinus. 2022;35(3):3–10.
32. Ningsih I. Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman : Nyeri Pada Pasien Dengan Kanker Kolorektal Di Ruangan Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang. Politek Kesehat Kemenkes Padang. 2017;
33. Khoirunnisa, Munawaroh, Sujianto U, Mardiyono. Nyeri Dan Kemampuan Aktivitas Pada Pasien Kanker Kolorektal Menjalani Kemoterapi. Adi Husada Nurs J. 2017;3(1):100–4.

34. Nasional Kpk. Kanker Kolorektal [Internet]. Sustainability (Switzerland). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
35. Suhaila F, Jalaluddin M, Chalil A, Yunafri A, Parinduri Ag. Gambaran Anajemen Nyeri Akut Paska Operasi Padapasien Yang Menjalani Tindakan Operasi Elektifdi Rsu Haji Medan. J Kedokt Dan Kesehat Publ Ilm Fak Kedokt Univ Sriwij. 2024;11(1):1–8.
36. Puteri Mos, Purwanto R, Pateda Sm, Irmawati, Wahjudi C. Gambaran Intensitas Nyeri Pasca Operasi Ortopedi Di Rumah Sakit Aloei Saboe Megahrizka. 2024;1(1):44–55.
37. Amalina A, Suchitra A, Saputra D. Hubungan Jumlah Leukosit Pre Operasi Dengan Kejadian Komplikasi Pasca Operasi Apendektomi Pada Pasien Apendisitis Perforasi Di Rsup Dr. M. Djamil Padang. J Kesehat Andalas. 2018;7(4):491.
38. Hariani R. Kecukupan Nutrisi Pada Pasien Kanker. Indones J Cancer. 2017;4:140–3.
39. Jamal F, Andika Td, Adhiany E. Penilaian Dan Modalitas Tatalaksana Nyeri. Ked N Med . 2022;5(3):66–73.
40. Priastuti M, Egidius E, Leonatus L. Penyuluhan Kesehatan Dengan Media Lembar Balik Terhadap Peningkatan Pengetahuan Resiko Infeksi Luka Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Bedah Rsud Dr. Abdul Aziz Singkawang. Sci J Nurs Res. 2023;2(1):35.
41. Susilawati, Utari Kartaatmadja Fs, Suherman R. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Partum Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Nifas Rsud Sekarwangi Sukabumi. Media Inf. 2023;19(1):13–9.
42. Rachmadhani Ns, Sumono S, Purwaningsih I. Low Back Pain ( Lbp ) Atau Nyeri Punggung Bawah Termasuk Salah Satu Dari Gangguan Muskuloskeletal , Gangguan Psikologis Dan Akibat Dari Mobilisasi Yang Salah Yang Disebabkan Oleh Posisi Tubuh Yang Kurang Baik Seperti Saat Duduk Atau Saat Sedang Beraktivit. J Keperawatan. 2022;357–66.
43. Amalia K, Hartiti T. Pemberian Terapi Murattal Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Kanker Kolorektal Pre Operasi. Ners Muda. 2021;2(3):119.
44. Kurniasari Khf, Wiedyaningsih C. Evaluasi Penggunaan Obat Analgetik Terhadap Managemen Nyeri Kanker Di Rsup Dr. Sardjito. Maj Farm. 2019;8(1):113–9.
45. Masrul M. Pengaruh Konsumsi Serat Dengan Pengurangan Risiko Kanker Kolon Di Negara Barat: Studi Meta Analisis. J Kesehat Masy Andalas. 2018;12(2):97–101.
46. Veronika, Apriza, Azlina. Sehat : Jurnal Kesehatan Terpadu Asuhan Keperawatan Tentang Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Dan Teknik Genggam Jari (Finger Hold) Untuk Mengurangi Nyeri Pada Penderita Pre

- Operasi Ca Ovarium Di Ruangan Ibs Lantai 2 Rsud Arifin Achmad Pekanbaru. J Kesehat Terpadu. 2024;3(1):173–8.
- 47. Sandra R, Morika Hd, Anggraini Ss. Perawatan Luka Post Operatif Di Ruang Bedah Rs Reksodiwiryo Padang. J Abdimas Saintik. 2022;4(2):175–7.
  - 48. Lewandowska A, Religioni U, Czerw A, Deptała A, Karakiewicz B, Partyka O, Et Al. Nutritional Treatment Of Patients With Colorectal Cancer. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(11):1–12.

# **LAMPIRAN**

1990-1991

1991-1992

1992-1993

1993-1994

1994-1995

1995-1996

1996-1997

1997-1998

1998-1999

1999-2000

2000-2001

2001-2002

2002-2003

2003-2004

2004-2005

2005-2006

2006-2007

2007-2008

2008-2009

2009-2010

2010-2011

2011-2012

2012-2013

2013-2014

2014-2015

2015-2016

2016-2017

2017-2018

2018-2019

2019-2020

2020-2021

2021-2022

2022-2023

2023-2024

2024-2025

2025-2026

2026-2027

2027-2028

2028-2029

2029-2030

2030-2031

2031-2032

2032-2033

2033-2034

2034-2035

2035-2036

2036-2037

2037-2038

2038-2039

2039-2040

2040-2041

2041-2042

2042-2043

2043-2044

2044-2045

2045-2046

2046-2047

2047-2048

2048-2049

2049-2050

2050-2051

2051-2052

2052-2053

2053-2054

2054-2055

2055-2056

2056-2057

2057-2058

2058-2059

2059-2060

2060-2061

2061-2062

2062-2063

2063-2064

2064-2065

2065-2066

2066-2067

2067-2068

2068-2069

2069-2070

2070-2071

2071-2072

2072-2073

2073-2074

2074-2075

2075-2076

2076-2077

2077-2078

2078-2079

2079-2080

2080-2081

2081-2082

2082-2083

2083-2084

2084-2085

2085-2086

2086-2087

2087-2088

2088-2089

2089-2090

2090-2091

2091-2092

2092-2093

2093-2094

2094-2095

2095-2096

2096-2097

2097-2098

2098-2099

2099-20100

20100-20101

20101-20102

20102-20103

20103-20104

20104-20105

20105-20106

20106-20107

20107-20108

20108-20109

20109-20110

20110-20111

20111-20112

20112-20113

20113-20114

20114-20115

20115-20116

20116-20117

20117-20118

20118-20119

20119-20120

20120-20121

20121-20122

20122-20123

20123-20124

20124-20125

20125-20126

20126-20127

20127-20128

20128-20129

20129-20130

20130-20131

20131-20132

20132-20133

20133-20134

20134-20135

20135-20136

20136-20137

20137-20138

20138-20139

20139-20140

20140-20141

20141-20142

20142-20143

20143-20144

20144-20145

20145-20146

20146-20147

20147-20148

20148-20149

20149-20150

20150-20151

20151-20152

20152-20153

20153-20154

20154-20155

20155-20156

20156-20157

20157-20158

20158-20159

20159-20160

20160-20161

20161-20162

20162-20163

20163-20164

20164-20165

20165-20166

20166-20167

20167-20168

20168-20169

20169-20170

20170-20171

20171-20172

20172-20173

20173-20174

20174-20175

20175-20176

20176-20177

20177-20178

20178-20179

20179-20180

20180-20181

20181-20182

20182-20183

20183-20184

20184-20185

20185-20186

20186-20187

20187-20188

20188-20189

20189-20190

20190-20191

20191-20192

20192-20193

20193-20194

20194-20195

20195-20196

20196-20197

20197-20198

20198-20199

20199-20200

20200-20201

20201-20202

20202-20203

20203-20204

20204-20205

20205-20206

20206-20207

20207-20208

20208-20209

20209-20210

20210-20211

20211-20212

20212-20213

20213-20214

20214-20215

20215-20216

20216-20217

20217-20218

20218-20219

20219-20220

20220-20221

20221-20222

20222-20223

20223-20224

20224-20225

20225-20226

20226-20227

20227-20228

20228-20229

20229-20230

20230-20231

20231-20232

20232-20233

20233-20234

20234-20235

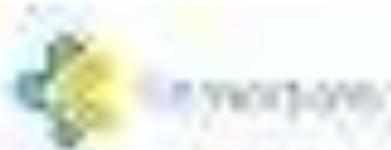
20235-20236

20236-20237

20237-20238

20238-20239

20239-20240



Ministry of  
Environment and  
Energy

## Environmental Protection

1. Environmental Protection  
2. Air Quality Monitoring  
3. Water Quality Monitoring

4. Soil Monitoring  
5. Landfill Monitoring  
6. Waste Management

The Agency's environmental protection activities are carried out in three main areas:  
1. Air Quality Monitoring, 2. Water Quality Monitoring, 3. Soil Monitoring, 4. Landfill Monitoring, 5. Waste Management.

1. Air Quality Monitoring

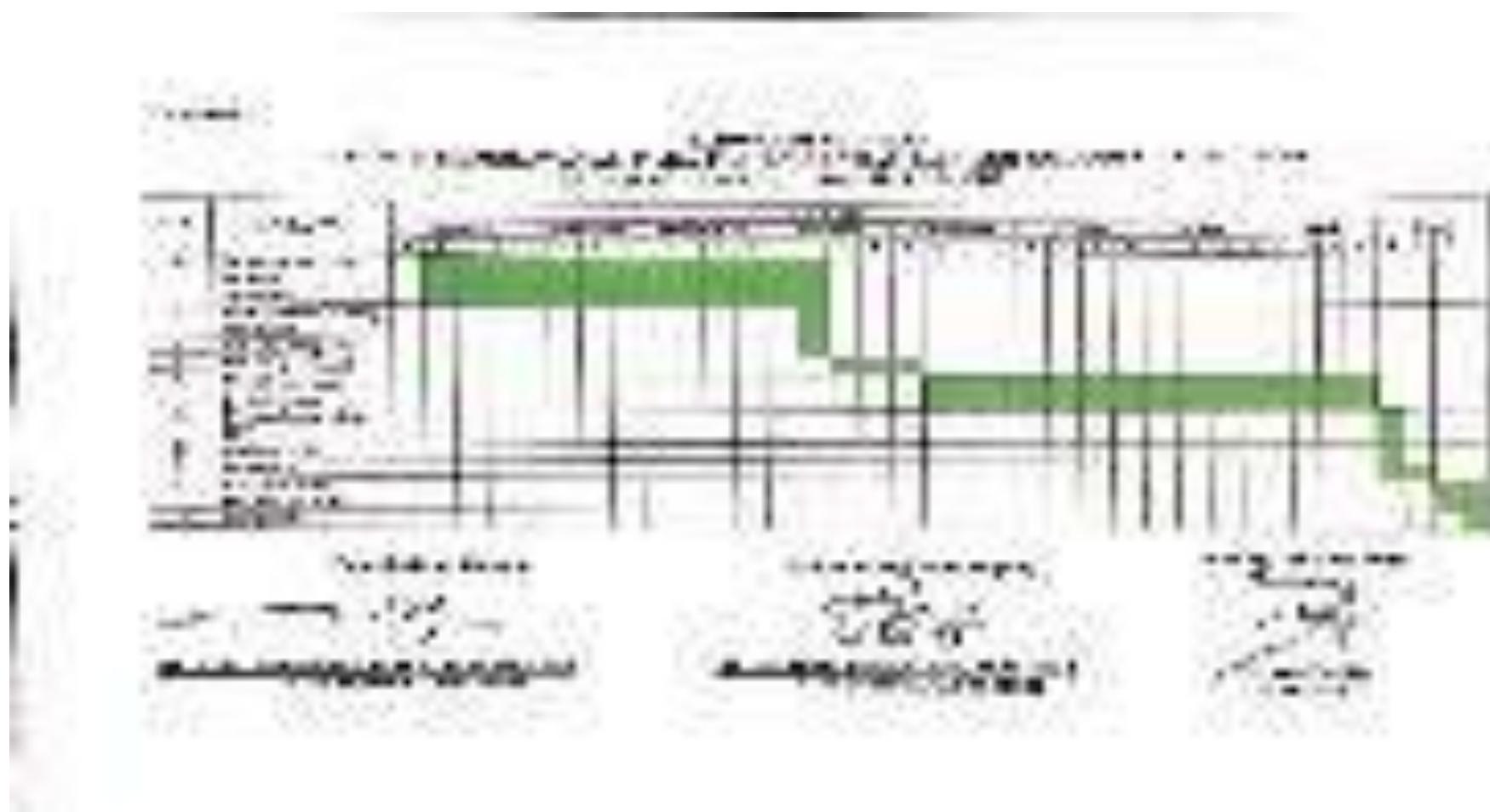
2. Water Quality Monitoring

3. Soil Monitoring, 4. Landfill Monitoring, 5. Waste Management.

6. Environmental Protection Activities include Air Quality Monitoring, Water Quality Monitoring, Soil Monitoring, Landfill Monitoring, Waste Management.



Environmental Protection





Kemenkes

Gubernur Nusa Tenggara Barat

A. G. Zulkifli, SE, MM

Bantuan Sosial

Surat Keterangan

Surat Keterangan

Surat Keterangan

Surat Keterangan

Surat Keterangan

Surat Keterangan

Surat Keterangan ini diberikan kepada Pengunjung yang  
bernama Nama Pengunjung dengan Nomor KTP/NPWP  
Nomor Pengunjung dan Alamat Jalan No. 123456 RT. 01  
RW. 02 Kelurahan Nama Kelurahan Kecamatan Nama Kecamatan  
Provinsi Nama Provinsi

Surat Keterangan	Surat Keterangan	Surat Keterangan
Surat Keterangan	Surat Keterangan	Surat Keterangan

Surat Keterangan ini diberikan berdasarkan surat kabar  
Surat Keterangan



Surat Keterangan

Surat Keterangan ini diberikan berdasarkan surat kabar

卷之三

St. Louis, Mo., Oct. 20, 1900.

ANSWER

14 MAY 1966 10:00 AM  
LAWRENCE KELLY,  
SACRED HEART HS, TROY,  
NEW YORK

1940. This was the first work I ever did that  
I really liked, and I still like it very much.  
It's a very simple painting, but I think it's  
very good.

— 10 —

100

• 三十六 •

MAP 10: *Map of the Archeological Research Project, 1988*  
Scale: 1:1000000

<sup>2</sup>See *above* note 1, and also *ibid.*, pp. 10-11.

#### 四、什么情况下可以对合同进行变更、解除

• 43 •

卷之三

卷之四

新編古今圖書集成·卷之三十一·醫學編·本草綱目·卷之三十一

卷之三

WILSON 475

• 100 •

[View Details](#)

1996-1997  
Yearbook

卷之三

2000-01-01 00:00:00

[View all reviews](#)

小學四年級學生的統計概念

For more information about the 1997 Census of Population and Housing, contact Statistics Canada's Information Services Division at 1-800-261-5193.

• 1995 年 1 月 1 日起施行的《中华人民共和国合同法》

+ 4 +

— 20 —

...and the more people you have, the more opportunities there are for mistakes. So make sure you have a clear understanding of what you're trying to accomplish.

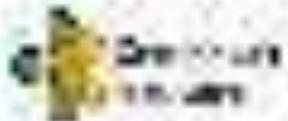
www.sciencedirect.com

卷之三

1074

תְּלִימָדָה  
בְּבֵית־חֲדָשָׁה

• **ANSWER:**  $\frac{1}{2} \ln(1 + x^2) + C$ , where  $C$  is a constant.



敎育部  
Ministry of Education

中華民國九十年  
十二月二日  
教育部長 蔡明介  
司長 陳其南

司長 陳其南

### ◎ 教育政策

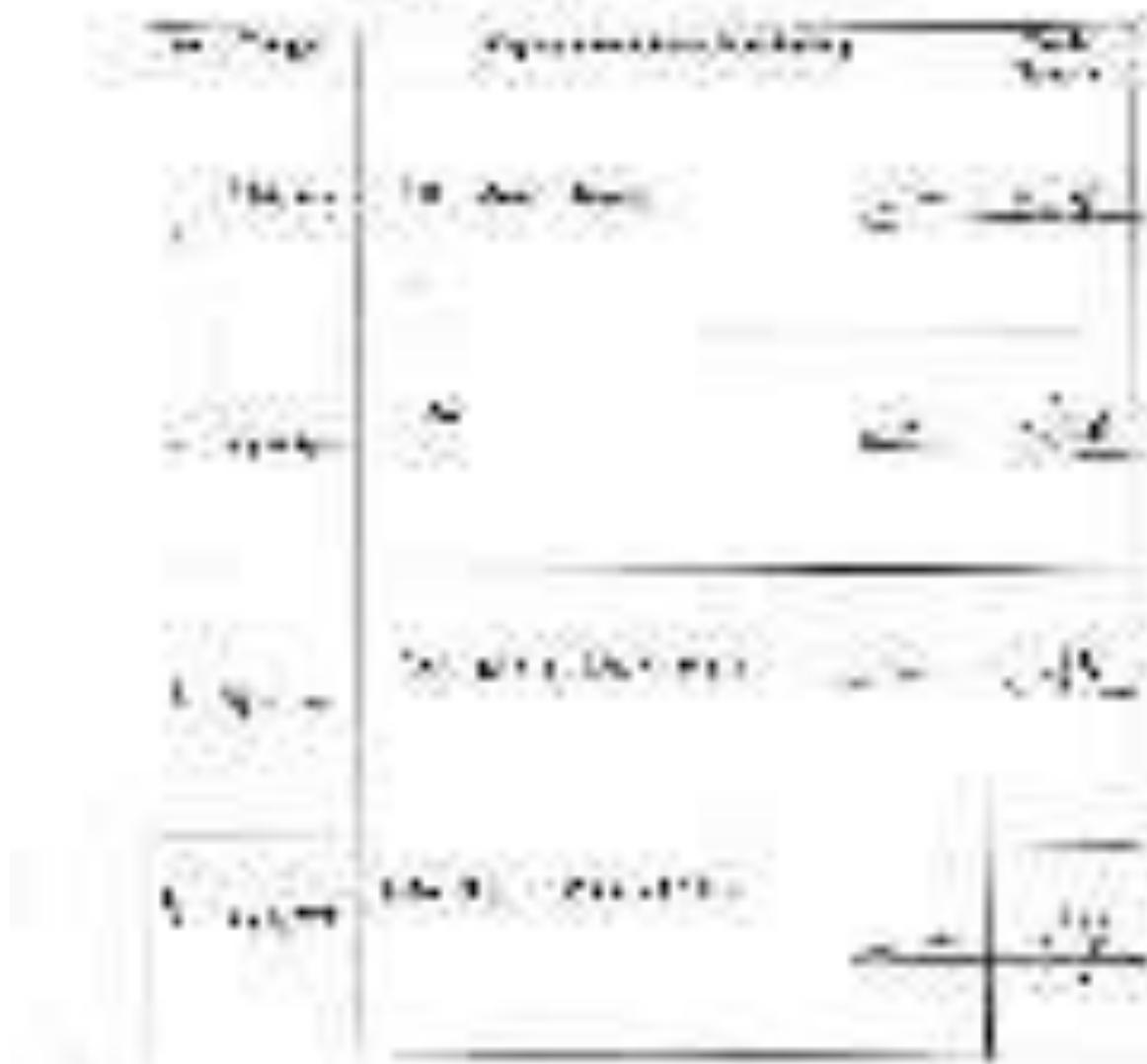
政策研究與評述

◎ 教育政策研究評述

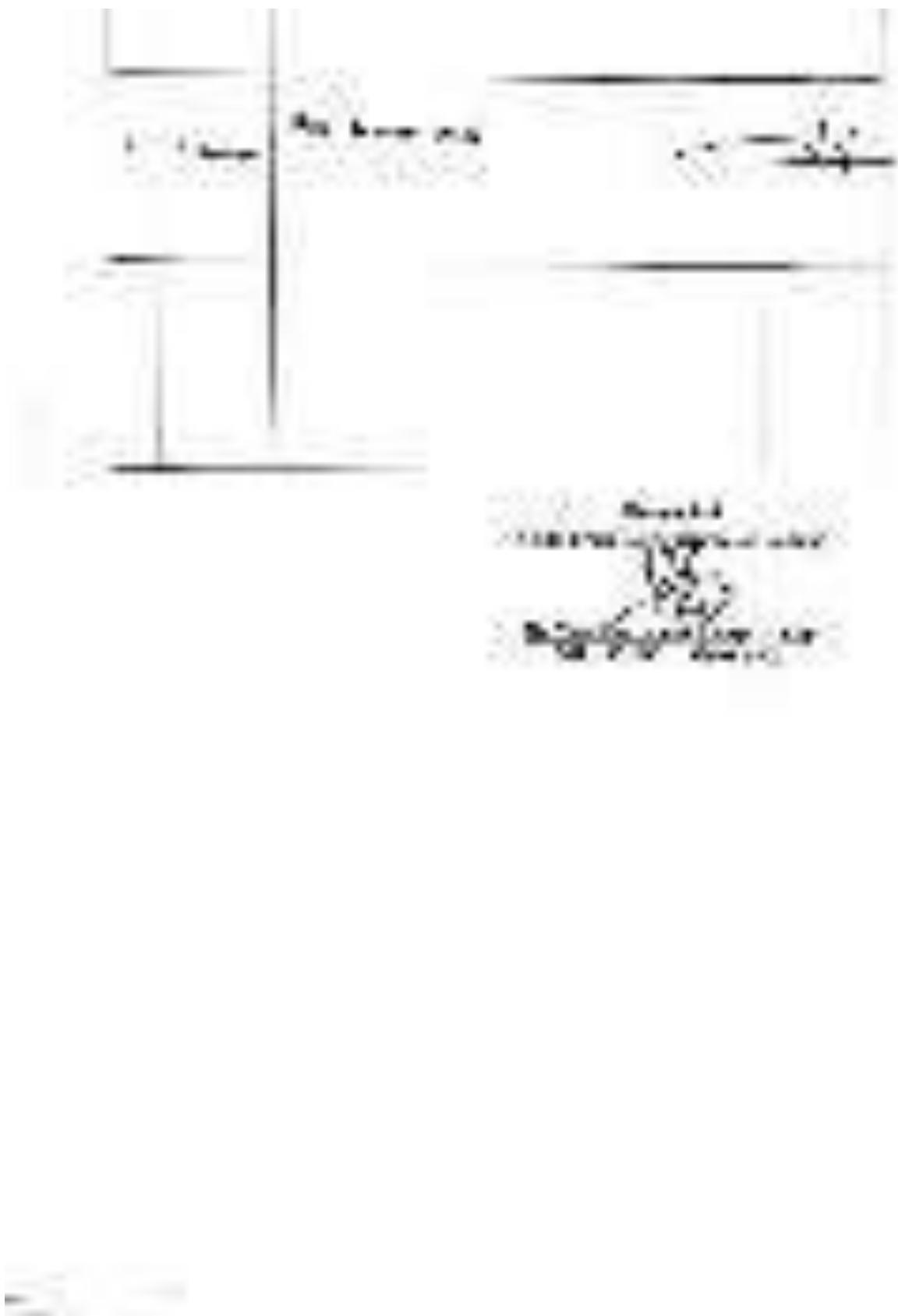
◎ 教育政策

◎ 教育政策研究評述

ל. 100	בנין מושב ורשות מקומית
ל. 100	בנין מושב ורשות מקומית
ל. 100	בנין מושב ורשות מקומית
ל. 100	בנין מושב ורשות מקומית
ל. 100	בנין מושב ורשות מקומית



	<p>2500 m. 19.5 km. SW. Slope 10° to NNE. 1000 ft. + 1000 ft.</p>	+ JK
	$\theta_1 = 45^\circ$	= 17
	$\theta_2 = 45^\circ$	= 17
	$\theta_3 = 45^\circ$	= 17
	$\theta_4 = 45^\circ$	= 17
	$\theta_5 = 45^\circ$	= 17
	$\theta_6 = 45^\circ$	= 17



— 10 —

www.sagepub.com/journals

• 46 •

卷之三

更多資訊：[www.10000000.com](http://www.10000000.com)

1. *Lev. 17:11*

2. *Lev. 17:12*

3. *Lev. 17:13*

4. *Lev. 17:14*

5. *Lev. 17:15*

6. *Lev. 17:16*

7. *Lev. 17:17*

→ ~~Walt Disney World~~  
→ ~~Disneyland~~

## **FORMAT PENGKAJIAN PENELITIAN**

NAMA MAHASISWA : DZIKRA FADILA

NIM : 223110287

RUANGAN PRAKTIK : BEDAH PRIA

---

---

### A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

#### 1. Identitas Klien

Nama : Tn. R  
Umur : 73 thn  
Jenis Kelamin : Laki - laki  
Pendidikan : SLTA  
Alamat : Pakan sinayan, Lima Puluh Kota

#### 2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Ny. M  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Pakan sinayan, Lima Puluh Kota  
Hubungan : Anak

#### 3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 14 februari 2025

No. Medical Record : 01235782

Ruang Rawat : Teratai Merah (Pria) – Bedah 1

Diagnosa Medik : Ca Colon Desenden

Yang mengirim/merujuk :

Alasan Masuk : pasien kontrol untuk rencana tindakan lanjutan

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk : Tn. R mengatakan ada kontrol tindakan lanjutan dan pasien mengatakan nyeri pada perut dan terasa tidak nyaman

- Keluhan Saat Ini :

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Februari 2025 pada pukul 14.00 WIB Tn. R mengatakan perut terasa tidak nyaman dan merasakan nyeri dengan skala nyeri 5 seperti ditusuk tusuk, nyeri hilang timbul berdurasi 3-5 menit, Pasien mengatakan sudah menggunakan colostomy sejak 1 bulan lalu dan sekarang BAB pasein melalui colostomy, dan pasien mengeluhkan BAB terkadang sering encer. Pasien juga mengeluhkan setelah sakit pasien mengalami penurunan nafsu makan. Dan pasien mengeluhkan mudah lelah dan badan terasa lemah. Pasien mengatakan bahwa saat ini akan melakukan kontrol untuk tindak lanjutan yaitu melakukan operasi laparaskopi yang sudah dijadwalkan dokter.

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi pada tanggal 16 Februari 2025 pukul 10.00 WIB pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dengan skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk tusuk dengan durasi 6-10 menit. Luka pasien tampak masih merah dan basah, pasien tampak meringis dan gelisah, pasien tampak selalu melindungi area operasinya. Pasien meengatakan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan anggota keluarga.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Pasien sebelumnya telah melakukan tindakan operasi colostomy pada bulan Januari 2025 di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Pasien mengatakan tidak ada keluarganya memiliki penyakit yang sama dengan pasien, dan tidak ada punya penyakit Hipertensi, DM, serta penyakit menular.

## 5. Kebutuhan Dasar

### a. Makan

Sehat : Pasien biasanya tidak ada masalah, makan 3x/sehari dengan porsi sedang dan jarang mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan.

Sakit : pasien lebih sering makan makanan yang sedikit lebih lunak dari pada biasanya karena turunnya nafsu makan pasien.

### b. Minum

Sehat : minum pasien untuk hari biasanya sebanyak 6-7 gelas, dan sering mengkonsumsi teh dan kopi

Sakit : saat sakit pasien juga minum tidak terlalu banyak hanya sekitar 4-5 gelas

### c. Tidur

Sehat : saat sehat pasien tidur malam sekitar 6-7 jam dan saat siang hari pasien jarang untuk tidur siang

Sakit : setelah sakit pasien kurang nyaman untuk tidur karena masalah nyeri pada perut seperti tidur hanya berkisaran 5-6 jam dan sering terjaga.

- d. Mandi
- Sehat : pasien mandi 2 kali dalam sehari dan bisa melakukannya sendiri
- Sakit : saat sakit ini pasien mandi 1 – 2 kali sehari, dan pasien masih bisa melakukannya sendiri, dan terkadang dibantu keluarga.
- e. Eliminasi
- Sehat : pasien bisa bab dalam sehari sebanyak 1- 2 kali, dan berstuktur lembek. Dan BAK sebanyak 4-5 kali dalam sehari bewarna kekuningan.
- Sakit : sekarang setelah sakit pasien BAB melalui colostomy yang sudah terpasang sejak bulan Januari 2025. Dan berstuktur lembek dan kadang cair dfan untuk BAK pasien terpasang pempers.
- f. Aktifitas pasien
- Sehat : pasien melakukan aktifitas sehari – hari secara mandiri
- Sakit : saat melakukan kegiatan sehari pasien kadang melakukannya secara dan mandiri dan juga ada dibantu oleh keluarga. Dan setalah pasien melakukan operasi kegiatan pasien dibantu oleh perawat dan anggota keluarga

## 6. Pemeriksaan Fisik

- Kesadaran Umum : Compos Mentis
- Tinggi / Berat Badan : 160 cm / 50 kg
- Tekanan Darah : 110/89 mmHg
- Suhu : 36,5 °C
- Nadi : 78 X / Menit
- Pernafasan : 19 X / Menit
- Rambut : tampak bersih, tidak ada benjolan maupun luka pada kulit kepala.
- Telinga : simetris kiri kanan, tampak ada sedikit kotoran, dan tidak ada masalah pada telinga
- Mata : konjungtiva tidak anemis, pupil tidak ikterik
- Hidung : hidung tidak ada masalah
- Mulut : bibir tampak sedikit kering, tidak ada lesi atau sariawan,
- Leher : tidak ada pembengkakakan kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran vena jongularis
- Toraks : I : simetris kiri dan kanan  
P: fremitus kiri dan kanan sama  
P: sonor  
A: vesikuler
- Abdomen : I : pasien terpasang kantung Colostomy, ada distensi abdomen, tidak ada asites, saat post operasi abdomen pasien terdapat luka yang ditutupi kasa dengan ukuran luka tidak besar.  
P: Ada nyeri tekan

P: tympani

A: Normal

- Kulit : tampak bersih, dan dibagian abdomen sebelah kanan terdapat stoma
- Genitalia : pasien terpasang pempers
- Ekstremitas :
  - Atas : CRT < 2 detik, akral teraba hangat tidak ada masalah lainnya pasien terpasang IVFD Tutosol pada tangan kanan 20 tpm
  - Bawah : CRT < 2 detik, akral teraba hangat dan tidak ada masalah lainnya

#### 7. Data Psikologis

- Status emosional :  
pasien tampak tenang dan sekali – kali terlihat meringis menahan sakit
- Kecemasan :  
Pasien mengatakan merasa cemas dengan keadaannya sekarang, dan pasien tampak sedikit gelisah dan sering termenung
- Pola coping :  
pasien mengatakan ia mendapat dukungan dari seluruh keluarganya untuk menjalankan perawatan untuk menyembuhkan penyakit yang diderita pasien.
- Gaya komunikasi :  
untuk komunikasi sehari-harinya pasien menggunakan bahasa minang
- Konsep Diri :  
pasien yakin bahwa ia bisa segera sembuh dari penyakit kanker kolon yang di deritanya.

#### 8. Data Ekonomi Sosial :

Untuk perekonomian pasien dan keluarga di tanggung oleh BPJS jika berobat, dan kesehariannya Tn. R memiliki pekerjaan sebagai buruh.

9. Data Spiritual :

Untuk spiritual, pasien dan keluarga beragama islam, dan pasien selalu mengerjakan ibadah dan selalu memohon kepada Allah untuk disembuhkan dari segala macam penyakitnya

10. Lingkungan Tempat Tinggal

- Tempat pembuangan kotoran :

Dirumah pasien, pasien mengatakan untuk pembuangan kotoran melalui selokan dan parit – parit kecil yang berada di belakang rumah

- Tempat pembuangan sampah :

Untuk pembuangan sampah keseharian seperti plastik dan kertas itu dibuang ke pembuangan sampah didepan rumah, dan nanti akan dijemput oleh pihak kebersihan, dan untuk sampak dedaunan dibakar.

- Pekarangan

Untuk pekarangan pasien dan keluarga selalu membersihkan setiap pagi

- Sumber air minum :

untuk air minum pasien berasal dari PDAM dan minum menggunakan air galon dan tekadang memasak air pakai panci untuk minum.

- Pembuangan air limbah :

11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
14/2/2025	Hemoglobin	10,9	g/dL	13,0-16,0
14/2/2025	Leukosit	3,72	10^3/mm^3	5,0-10,0
14/2/2025	Hematokrit	34	%	40-48
14/2/2025	Eitrosit	3,68	10^6/uL	4.50-5.50
14/2/2025	Trombosit	268	10^3/mm^3	150-400
14/2/2025	Eosinofil	13	%	1-3
14/2/2025	limfosit	31	%	20-40
14/2/2025	Monosit	10	%	2-8

14/2/2025	natrium	145	mmol/L	136-145
14/2/2025	Kalium	4	mmol/L	3.5-5.1
14/2/2025	Globulin	3.3	g/dL	1.3-2.7
14/2/2025	GDS	95	mg/dL	50-200

## 12. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis
1	IVFD Tutosol	500 cc/8 jam
2	Gentamicin	2 x 80 mg
3	Ranitidine	2 x 150 mg
4	Paracetamol	3 x 500 mg
5	Katerolac	3 x 30 mg

Padang, 14 Februari 2025

Mahasiswa

Dzikra Fadila

NIM :223110287

## ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn. R  
NO. MR : 01235782

No.	Dara	Penyebab	Masalah
Pre OP			
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan mengeluh nyeri di bagian perut</li><li>- Pasien mengatakan tidak nyaman sudah lama</li><li>- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen dengan skala 5, nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan berlangsung selama 3- 5 menit</li></ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak meringis</li><li>- Pasien tampak gelisah menahan nyeri di perutnya</li><li>- Pasien tampak menjaga posisi badannya untuk menghindari rasa nyeri</li><li>- Dan pasien mengatakan pola tidurnya menjadi</li></ul>	Infiltrasi tumor	Nyeri kronis

	berubah karena sering merasakan nyeri.		
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa khawatir dan cemas sama kondisi dan tindakan yang akan dilakukan</li> <li>- Pasien mengatakan susah tidur karena merasa cemas</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak tegang saat ditanya</li> <li>- Wajah pasien terlihat sedikit pucat</li> </ul>	Krisis Situsional	Ansietas
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nafsu makannya menurun</li> <li>- Pasien mengatakan porsi makan yang dihabiskan sering tidak habis, dan menyisakan setengahnya</li> <li>- Pasien mengatakan BB badannya menurun</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak lelah</li> <li>- Pasien tampak lesu</li> </ul>	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit Nutrisi

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BB : 50 Kg</li> <li>- BB Sebelumnya 54 Kg</li> <li>- TB : 160 cm</li> </ul>		
<b>POST Operasi</b>			
4.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mengeluh nyeri di bagian di luka operasi dengan skala nyeri 4</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan berlangsung selama 4-5 menit</li> <li>- Pasien mengatakan sulit tidur akibat nyeri pada luka</li> <li>- Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh anak dan perawat</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak sedikit gelisah</li> <li>- Pasien tampak sedikit waspada sama luka yang di perut</li> </ul>	Agen pencedera fisiologi (post operasi)	Nyeri Akut
5.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terdapat luka operasi di area</li> </ul>	Efek Prosedur Invasif	Risiko Infeksi

	<p>abdomen yang ditutupi kasa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Terdapat luka bekas operasi tampak kemerahan dan masih basah</li> </ul>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

### **DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

NAMA PASIEN : Tn. R

NO. MR : 01235782

Tanggal Muncul	No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratas	Tanda Tangan
14/2/2025	1.	Nyeri Kronis bd Infiltrasi tumor 2. 3. Ansietas bd krisis situasional Defisit Nutrisi bd. ketidakmampuan mencerna makanan	15 februari 2025	
16/2/2025	1. 2.	Nyeri Akut bd Agen pencederaan fisiologis Risiko Infeksi bd Efek prosedur invasif	18 Februari 2025	

--	--	--	--	--

## **INTERVENSI KEPERAWATAN**

NAMA PASIEN : Tn. R

NO. MR : 01235782

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi (SIKI)
<b>Intervensi Keperawatan Pre Operasi</b>			
1.	Nyeri Kronis bd. Infiltrasi Tumor	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan nyeri menurun,</li> <li>2. meringis menurun,</li> <li>3. gelisah menurun,</li> <li>4. frekuensi nadi membaik,</li> <li>5. pola napas membaik.</li> </ul>	<p>menajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>6. Identifikasi skala nyeri</li> <li>7. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>8. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri</li> </ul> <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingankan rasa nyeri</li> <li>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>8. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam</li> </ul>

			<p>pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>5. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri seperti mendengarkan murotal Al-qur'an,</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
2.	Ansietas bd krisis situasional	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. perilaku gelisah menurun,</li> <li>2. verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun,</li> <li>3. polatidur membaik,</li> </ul>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ul> <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>2. ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> </ul>

		<p>4. frekuensi pernapasan membaik,</p> <p>5. frekuensi nadi membaik,</p> <p>6. tekanan darah membaik</p>	<p>3. pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>2. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>3. Menganjurkan mengungkapkan perasaan pribadi</li> <li>4. melatih teknik relaksasi</li> <li>5. menganjurkan keluaga untuk selalu bersama pasien</li> </ol>
3.	Defisit Nutrisi bd. Peningkatan kebutuhan metabolisme	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :	<p>Menajemen Nutrisi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi makanan yang disukai</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>3. nyeri abdomen menurun</li> <li>4. Berat Badan membaik</li> <li>5. Frekuensi makan membaik</li> <li>6. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p>3. Monitor asupan makanan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai,</li> <li>2. Berikan makanan yang tinggi serat</li> <li>3. Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk</li> <li>2. ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</li> </ol>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **Intervensi Keperawatan Post Operasi**

4.	Nyeri Akut bd. Agen pencedera fisiologi (post operasi)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 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. gelisah menurun,</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> </ol>
----	--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>4. kesulitan tidur menurun,        5. frekuensi nadi membaik,        6. pola napas membaik,        7. pola tidur membaik</p>	<p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri</p> <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi mendengarkan murotal al- qur'an</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingankan 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>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
5	Risiko Infeksi bd. efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kebersihan tangan meningkat,</li> <li>2. demam menurun, nyeri menurun,</li> <li>3. kemerahan menurun,</li> <li>4. nafsu makan meningkat</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. berikan perawatan kulit pada area bekas operasi</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ol>

			<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN**

NAMA PASIEN : Tn. R

NO. MR : 01235782

Hari /tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Kamis/14 februari 2025	Nyeri Kronis bd infiltrasi Tumor	<p>Menajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi gejala, lokasi, durasi dan skala nyeri.</li> <li>2. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien dengan posisi semi fowler</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri perut terasa dengan skala nyeri 4, nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan durasi yang</li> </ul>

		<p>3. mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah dilakukan,</p> <p>4. memberikan terapi obat katerolac 3x30 mg,</p> <p>5. mengajarkan teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an agar fokus pasien dialihkan dengan teknik yang diajarkan</p>	<p>dirasakan sekitar 2-3 menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terasa sedikit rileks saat dilakukan distraksi murotal alqur'an</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis, dan masih gelisah</li> <li>- Saat setelah pasien diajarkan teknik napas dalam pasien tampak mencobakannya dan pasien tampak tenang didengarkan murotal ayat suci Al-Quran</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Nyeri Kronis belum teratasi</p> <p>P:</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			Intervensi Dilanjutkan
	<p>Ansietas bd krisis situasional</p> <p>Reduksi Ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tingkat ansietas pasien,</li> <li>2. memonitor tanda – tanda ansietas pasien,</li> <li>3. menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan,</li> <li>4. menemani pasien untuk mengurangi kecemasan,</li> <li>5. memahami situasi yang membuat ansietas,</li> <li>6. mendengarkan dengan penuh perhatian,</li> <li>7. menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan,</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan cemas yang dirasakan sedikit lebih berkurang.</li> <li>- Pasien mengatakan terasa sedikit rileks saat dilakukan distraksi murotal alqur'an dan teknik napas dalam</li> </ul> <p>O:</p> <p>Pasien tampak terasa masih sedikit cemas</p> <p>A:</p> <p>Masalah Ansietas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi Dilanjutkan</p>	

		<p>8. memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan,</p> <p>9. menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis,</p> <p>10. menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien,</p> <p>11. menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi,</p> <p>12. melatih teknik relaksasi dengan teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an</p>	
	Defisit Nutrisi dd Peningkatan kebutuhan metabolisme	<p>Menajemen Nutrisi</p> <p>1. mengidentifikasi status nutrisi</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nafsu makan berkurang</li> </ul>

		<p>2. mengidentifikasi makanan yang disukai</p> <p>3. Memonitor asupan makanan</p> <p>4. menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai,</p> <p>5. memberikan makanan yang tinggi serat</p> <p>6. memberikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>7. menganjurkan posisi duduk</p> <p>8. mengajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>9. berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>	<p>- pasien mengatakan porsi makan hanya habis <math>\frac{1}{2}</math> porsi</p> <p>O: Pasien tampak lemah Pasien tampahk letih BB : 50 Kg TB : 160 Kg</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Dilanjutkan</p>
Jum'at/15 Februari 2025	Nyeri Kronis bd infiltras tumor	<p>Menajemen Nyeri</p> <p>1. mengidentifikasi gejala, lokasi,</p>	<p>S:</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri perut</p>

		<p>durasi dan skala nyeri.</p> <p>2. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien dengan posisi semi fowler</p> <p>3. mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah dilakukan,</p> <p>4. memberikan terapi obat katerolac 3x30 mg,</p> <p>5. mengajarkan teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an</p>	<p>masih terasa dengan skala nyeri 3 nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan durasi yang dirasakan sekitar 1-2 menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terasa jauh lebih rileks saat dilakukan distraksi murotal alqur'an</li> <li>- Pasien mengatakan lebih siap untuk melakukan operasi</li> </ul> <p>O:</p> <p>Pasien tampak masih kadang meringis</p> <p>Dan setelah didengar murotal al-qur'an pasien tampak jauh lebih rileks</p> <p>A:</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			Masalah Nyeri Kronis teratasi  P:  Intervensi  Dihentikan
	Ansietas bd krisis situsional	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>1. menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan,</p> <p>2. menemani pasien untuk mengurangi kecemasan,</p> <p>3. memahami situasi yang membuat ansietas,</p> <p>4. mendengarkan dengan penuh perhatian,</p> <p>5. menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan,</p> <p>6. memotivasi mengidentifikasi situasi yang</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan cemas yang dirasakan jauh lebih berkurang.</li> <li>- Pasien mengatakan terasa rileks saat dilakukan distraksi murotal alqur'an dan teknik napas dalam</li> <li>- Pasien mengatakan tampak lebih tenang dalam mempersiapkan diri untuk tindakan operasi</li> </ul> <p>O:</p>

		<p>memicu kecemasan,</p> <p>7. menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis,</p> <p>8. menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien,</p> <p>9. menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi,</p> <p>10. melatih teknik relaksasi dengan teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an</p>	<p>Pasien tampak lebih tenang dan lebih menerima keadaan</p> <p>A: Masalah Ansietas teratas</p> <p>P: Intervensi Dihentikan</p>
Defisit Nutrisi bd. Peningkatan kebutuhan metabolisme	Menajemen Nutrisi	<p>1. Memonitor asupan makanan</p> <p>2. menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai,</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nafsu makan masih berkurang</li> <li>- pasien mengatakan porsi makan</li> </ul>

		<p>3. memberikan makanan yang tinggi serat</p> <p>4. memberikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>5. menganjurkan posisi duduk</p> <p>6. mengajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>7. berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>	<p>yang dihabiskan ½ porsi saja</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak lemah</p> <p>Pasien tampahk letih</p> <p>BB : 50 Kg</p> <p>TB : 160 Kg</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratas</p> <p>P:</p> <p>Intervensi Dilanjutkan</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### IMPLEMENTASI DAN EVALUASI POST OPERASI

Sabtu / 16 Februari 2025	Nyeri Akut bd agen pencedera fisiologi (post operasi)	<p>Menajemen Nyeri</p> <p>1. mengidentifikasi gejala, lokasi, durasi dan skala nyeri.</p> <p>2. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien dengan posisi semi fowler</p> <p>3. mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah dilakukan,</p>	<p>S:</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi terasa dengan skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan durasi yang</p>
-----------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>4. memberikan terapi obat katerolac 3x30 mg</p> <p>5. mengajarkan teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an</p>	<p>dirasakan sekitar 4-4 menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya</li> <li>- Pasien mengatakan terasa sedikit rileks saat dilakukan distraksi murotal alqur'an</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis, dan gelisah menahan nyeri luka</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak melindungi luka operasinya</li> <li>- TD : 111/83 mmHg</li> <li>- HR: 76 x/i</li> <li>- RR : 19 x/i</li> </ul>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- T : 36,5 C</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi Dilanjutkan</p>
	Risiko Infeksi bd. efek prosedur invasive	<p>Pencegahan Infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien,</li> <li>3. menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memberikan obat gentamisin 3x80 mg</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatakan luka post operasi terasa basah dan nyeri</li> <li>- Mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Luka bekas operasi tampak basah dan memerah</li> <li>- TD : 111/83 mmHg</li> <li>- T : 36,5 C</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Risiko Infeksi belum teratasi</p>

			P:  Intervensi  Dilanjutkan  -
	Risiko defisit nutrisi dd ketidakmampuan mencerna makanan	Menajemen Nutrisi  1. mengidentifikasi status nutrisi 2. Memonitor asupan makanan 3. menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai, 4. memberikan makanan yang tinggi serat 5. memberikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 6. menganjurkan posisi duduk 7. mengajarkan diet yang diprogramkan	S:  - pasien mengatakan nafsu makan masih kurang karena nyeri yang dirasakan  O:  Pasien tampak masih lemah Pasien tampak letih BB : 50 Kg TB : 160 Kg  A:  Masalah belum teratasi  P:  - Intervensi Dilanjutkan
Minggu/ 17	Nyeri Akut bd agen pencedera	Menajemen Nyeri	S:

Februari 2025	fisiologi (post operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi gejala, lokasi, durasi dan skala nyeri.</li> <li>2. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien dengan posisi semi fowler</li> <li>3. mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah dilakukan,</li> <li>4. memberikan terapi obat katerolac 3x30 mg,</li> <li>5. mengajarkan teknik napas dalam dan mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi terasa dengan skala nyeri 3, nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan durasi yang dirasakan sekitar 4 menit</li> <li>- Pasien mengatakan masih sulit tidur malam karena nyeri yang dirasakan</li> <li>- Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya</li> <li>- Pasien mengatakan terasa sedikit rileks saat dilakukan distraksi murotal alqur'an</li> </ul>
------------------	-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis, dan gelisah menahan nyeri luka</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak melindungi luka operasinya</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi Dilanjutkan</p>
	Risiko Infeksi bd. efek prosedur invasive	<p>Pencegahan Infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien,</li> <li>6. menjelaskan tanda dan gejala infeksi,</li> <li>7. memberikan obat gentamisin 3x80 mg</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatakan luka post operasi masih terasa basah</li> <li>- Mengatakan masih ada sedikit nyeri pada luka post operasi</li> </ul> <p>O :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Luka bekas operasi masih tampak basah dan memerah</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Risiko Infeksi belum teratas</p> <p>P:</p> <p>Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>
		<p>Menajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi status nutrisi</li> <li>2. Memonitor asupan makanan</li> <li>3. menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai,</li> <li>4. memberikan makanan yang tinggi serat</li> <li>5. memberikan makanan yang</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nafsu makan masih kurang</li> <li>- pasien mengatakan mencoba menghabiskan makanan</li> </ul> <p>O:</p> <p>Pasien tampak lemah</p> <p>Pasien tampahk letih</p>

		<p>tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>6. menganjurkan posisi duduk</p> <p>7. mengajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>	<p>Makanan pasien tampak habis</p> <p>BB : 50 Kg</p> <p>TB : 160 Kg</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi Dilanjutkan</p>
Senin / 18 Februari 2025	Nyeri Akut bd agen pencedera fisiologi (post operasi)	<p>Menajemen Nyeri</p> <p>1. mengidentifikasi gejala, lokasi, durasi dan skala nyeri.</p> <p>2. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien dengan posisi semi fowler</p> <p>3. mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah dilakukan,</p> <p>4. memberikan terapi obat katerolac 3x30 mg,</p> <p>5. mengajarkan teknik napas dalam dan mendengarkan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 2, nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan durasi yang dirasakan sekitar 1-2 menit</li> <li>- Pasien mengatakan tidur malam mulai tidak terganggu</li> <li>- Pasien mengatakan</li> </ul>

		<p>lantunan ayat suci al-qur'an</p>	<p>aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terasa rileks saat dilakukan distraksi murotal alqur'an</li> <li>- Pasien sudah ada rencana pulang hari ini</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah tidak meringis, gelisah sudah berkurang,</li> <li>- Wajah pasien tmapah masih sedikit pucat</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi Dihentikan</p>
--	--	-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Risiko Infeksi bd. efek prosedur invasive	Pencegahan Infeksi 1. memonitor tanda dan gejala infeksi 2. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, 3. menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memberikan obat gentamisin 3x80 mg	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatakan luka post operasi masih sedikit basah dan nyeri sudah bisa ditahan karena nyeri yang dirasakan sudah berkurang</li> <li>- Psien mengatakan nyeri yang dirasakan 2 dengan durasi 2-3 menit</li> <li>- Pasien mengatakan sudah ada rencana pulang hari ini</li> </ul> O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tidak ada lagi meringis</li> </ul>
--	-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka bekas operasi masih sedikit basah,</li> <li>- TD : 120/90 mmHg</li> <li>- HR: 85 x/i</li> <li>- RR : 19 x/i</li> <li>- T : 36C</li> </ul> <p>A: Masalah Risiko Infeksi teratas</p> <p>P: Intervensi Dihentikan</p>
		Menajemen Nutrisi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi status nutrisi</li> <li>2. Memonitor asupan makanan</li> <li>3. menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai,</li> <li>4. memberikan makanan yang tinggi serat</li> <li>5. memberikan makanan yang</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nafsu makan masih kurang</li> <li>- pasien mengatakan terus berusaha untuk makan</li> <li>- pasien mengatakan porsi makan yang dihabiskan sudah lebih baik</li> </ul>

		<p>tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>6. menganjurkan posisi duduk</p> <p>7. mengajarkan diet yang diprogramka</p> <p>8. berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>	<p>dari pada sebelumnya</p> <p>O: Pasien tampak sedikit ada perubahan dalam menghabiskan makanan Pasien tampahk lebih bersemangat BB : 50 Kg TB : 160 Kg</p> <p>A: Masalah teratas sebagian</p> <p>P: Intervensi Dihentikan</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GEMINI'S 100 BEST SELLERS	
<small>Source: Nielsen BookScan Period ending 6/25/05</small>	
9.	800 By Steve Jobs (\$25.99)
8.	250 By Steve Jobs (\$25.99)
7.	500 By Steve Jobs (\$25.99)
6.	200 By Steve Jobs (\$25.99)
5.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
4.	410 By Steve Jobs (\$25.99)
3.	510 By Steve Jobs (\$25.99)
2.	410 By Steve Jobs (\$25.99)
1.	200 By Steve Jobs (\$25.99)
10.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
11.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
12.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
13.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
14.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
15.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
16.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
17.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
18.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
19.	100 By Steve Jobs (\$25.99)
20.	100 By Steve Jobs (\$25.99)