

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST
OPERASI KOLOSTOMI HARI KE 1 PADA PASIEN KANKER
KOLOREKTAL DI RUANG G1 RSPAL
DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

DWI PUTRI AMBARWATI., S.Kep
NIM : 2030029

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST
OPERASI KOLOSTOMI HARI KE 1 PADA PASIEN KANKER
KOLOREKTAL DI RUANG G1 RSPAL
DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat Untuk
Memperoleh Gelar Ners**



Oleh :

DWI PUTRI AMBARWATI., S.Kep
NIM : 2030029

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2020**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwi Putri Ambarwati
Nim : 2030029
Tempat, tanggal, lahir : Surabaya, 15 Mei 1998
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : **“Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Kolostomi Hari Ke 1 Pada Pasien Kanker Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL DR Ramelan Surabaya”**, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 19 Juli 2021



Dwi Putri Ambarwati., S.Kep
NIM. 2030029

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :


Nama : Dwi Putri Ambarwati
Nim : 2030029
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Diagnosa Medis Post Operasi Kolostomi Hari Ke 1 Pada Pasien Kanker Kolorektal
Di Ruang G1 RSPAL DR Ramelan Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 19 Juli 2021

Pembimbing



Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03001

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 19 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Dwi Putri Ambarwati, S.Kep

NIM : 2030029

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post
Operasi Kolostomi Hari Ke 1 Pada Pasien Kanker Kolorektal Di
Ruang G1 RSPAL DR Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Imiah Akhir di STIKES
Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar “NERS” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di
STIKes Hang Tuah Surabaya.

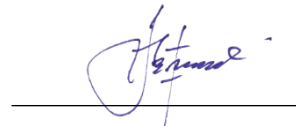
Penguji I : **Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M. Kep**
NIP. 03017



Penguji II : **Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep.,Ns., M.Kes**
NIP. 03054



Penguji III : **Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep**
NIP. 03001



Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIP.03020

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERNYATAAN..... | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iv |
| DAFTAR ISI..... | v |
| DAFTAR TABEL | viii |
| DAFTAR GAMBAR..... | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN | x |
| DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL | xi |
| KATA PENGANTAR..... | xi |
| BAB1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3 Tujuan Penulisan..... | 4 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 4 |
| 1.3.1 Tujuan Khusus | 4 |
| 1.4 Manfaat | 5 |
| 1.4.1 Akademis | 5 |
| 1.4.2 Secara Praktis..... | 5 |
| 1.5 Metode Penulisan | 6 |
| 1.5.1 Teknik Pengumpulan Data..... | 6 |
| 1.5.2 Sumber Data..... | 7 |
| 1.6 Studi Kepustakaan..... | 7 |
| 1.7 Sistematika Penulisan | 7 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 9 |
| 2.1 Konsep Teori Kanker Kolorektal | 9 |
| 2.1.1 Definisi | 9 |
| 2.1.2 Anatomi Fisiologi..... | 10 |
| 2.1.3 Etiologi | 12 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.4 Patofisiologis..... | 14 |
| 2.1.5 Manifestasi Klinis | 16 |
| 2.1.6 Komplikasi | 18 |
| 2.1.7 Pemeriksaan penunjang..... | 19 |
| 2.1.8 Penatalaksanaan Medis | 20 |
| 2.1.9 Penatalaksanaan Bedah | 22 |
| 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Diagnosa medis Ca Colorectal..... | 28 |
| 2.2.1 Pengkajian..... | 28 |
| 2.2.2 Diagnosis Keperawatan..... | 33 |
| 2.2.3 Intervensi Keperawatan..... | 33 |
| 2.2.4 WOC..... | 42 |
| BAB 3 TINJAUAN KASUS..... | 43 |
| 3.1 PENGKAJIAN..... | 43 |
| 3.1.1 Riwayat kesehatan..... | 43 |
| 3.1.2 Pemeriksaan Fisik | 45 |
| 3.1.3 Pemeriksaan Penunjang | 51 |
| 3.1.4 Terapi Medikasi | 51 |
| 3.2 Analisa Data | 53 |
| 3.3 Prioritas Masalah Keperawatan..... | 55 |
| 3.4 Rencana Asuhan Keperawatan..... | 56 |
| 3.5 Implementasi & Evaluasi | 60 |
| BAB 4 PEMBAHASAN | 71 |
| 4.1 Pengkajian..... | 71 |
| 4.1.1 Identitas | 71 |
| 4.1.2 Riwayat Penyakit dan Kesehatan | 72 |
| 4.1.3 Pemeriksaan Fisik | 74 |
| 4.2 Pemeriksaan Penunjang | 77 |
| 4.3 Diagnosa Keperawatan..... | 78 |
| 4.4 Intervensi keperawatan..... | 82 |
| 4.5 Implementasi Keperawatan..... | 86 |
| 4.6 Evaluasi Keperawatan..... | 87 |
| BAB 5 PENUTUP..... | 91 |
| 5.1 Simpulan | 91 |

| | | |
|-------|-----------------------------|-----------|
| 5.2 | Saran | 93 |
| 5.2.1 | Bagi Pasien..... | 93 |
| 5.2.2 | Bagi Perawat | 93 |
| 5.2.3 | Bagi Rumah Sakit | 93 |
| 5.2.4 | Bagi Mahasiswa | 94 |
| | DAFTAR PUSTAKA | 95 |
| | LAMPIRAN..... | 98 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Intervensi Manajemen Nyeri | 49 |
| Tabel 2.2 Intervensi Manajemen Mual..... | 50 |
| Tabel 2.3 Intervensi Konstipasi..... | 52 |
| Tabel 2.4 Intervensi Ansietas | 53 |
| Tabel 2.5 Intervensi Manajemen Nutrisi..... | 54 |
| Tabel 2.6 Intervensi Pencegahan Infeksi..... | 55 |
| Tabel 3.2 Terapi Medis..... | 67 |
| Tabel 3.3 Analisa Data | 68 |
| Tabel 3.4 Prioritas Masalah Keperawatan..... | 70 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Usus | 10 |
| Gambar 2.2 WOC | 42 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|-----|
| Lampiran 1 Curriculum Vitte | 98 |
| Lampiran 2 Motto Dan Persembahan..... | 99 |
| Lampiran 3 SOP Perawatan Luka Operasi..... | 100 |
| Lampiran 4 SOP Pemasangan Infus | 103 |
| Lampiran 5 SOP Perawatan Kolostomi | 119 |
| Lampiran 6 SOP Mengukur Pernapasan | 110 |
| Lampiran 7 SOP Breathing Excercise | 111 |
| Lampiran 8 SOP Distraksi Nyeri..... | 113 |
| Lampiran 9 SOP Kompres Hangat..... | 116 |

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

| | |
|---------|---|
| CRT | : <i>Capillary Refil Time</i> |
| CT Scan | : <i>Computed Tomography Scan</i> |
| ILO | : Infeksi Luka Operasi |
| KKR | : Kanker Kolorektal |
| MBP | : <i>Mechanical Bowel Prepatation</i> |
| USG | : Ultrasonografi |
| MRI | : <i>Magnetic Resonance Imaging</i> |
| SDKI | : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia |
| SLKI | : Standar Luaran Keperawatan Indonesia |
| SIKI | : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia |
| SMRS | : Sebelum Masuk Rumah Sakit |
| MRS | : Masuk Rumah Sakit |
| USG | : Ultrasonografi |

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Laksamana pertama (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan motivasi dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

5. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan arahan,saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Sri Anik Rustini, S.H, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji 2 yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh dosen dan staf karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners WINNING - 11 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca.

Surabaya, 19 Juli 2021

Penulis

BAB1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang disebabkan oleh peningkatan dan pertumbuhan sel dalam tubuh secara tidak normal. Pertumbuhan dan penambahan sel kanker ini dapat bersifat destruktif atau merusak sel-sel sehat dengan cara menginfiltrasi ke jaringan lain melalui pembuluh limfe atau pembuluh darah. Kanker kolorektal atau usus besar adalah suatu keganasan dari sel epitel kolon atau rektum (Rahdi, Wibowo, & Rosida, 2016). Pada pasien dengan kanker kolorektal akan dilakukan tindakan operasi atau pembedahan. Operasi atau pembedahan merupakan semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif. Pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien karena tindakan tersebut dapat menyebabkan trauma pada jaringan yang dapat menimbulkan nyeri (Rahdi et al., 2016).

Selain nyeri masalah keperawatan yang dapat muncul akibat dari tindakan pembedahan adalah infeksi dan kecemasan pasca operasi. Infeksi Luka Operasi (ILO) menjadi penyulit yang serius pada pembedahan karena ILO menjadi sumber utama morbiditas pasca operasi dan menimbulkan infeksi nosokomial dalam jumlah bermakna serta merupakan masalah perawatan kesehatan di rumah sakit seluruh dunia (Sandy, 2015). Kecemasan pasien post operasi disebabkan berbagai faktor, salah satunya adalah faktor pengetahuan, dukungan keluarga, komunikasi atau sikap perawat dalam mengaplikasikan pencegahan kecemasan pada pasien post operasi, dan jenis operasi. Kecemasan berhubungan dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan

jiwa akibat prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan (Palla, Sukri, & Suwarsi, 2018)

Di Indonesia kanker kolorektal menempati urutan ke 3 penyebab kematian akibat kanker (Kemenkes RI, 2017). Jumlah penderita kanker kolorektaldi Indonesia menurut Kemenkes RI (2018) yaitu sebanyak 15.985 kasus pada laki-laki dan sebanyak 11.787 kasus pada perempuan. Prevalensi kejadian kanker kolorektal ini didukung oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 2018 yang menyatakan bahwa, jumlah kematian akibat kanker kolorektal yang terjadi di Indonesia adalah sebesar 731.000 kasus (A. Agung et al., 2021)

Faktor terjadinya kanker kolorektal yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, ras, genetik, riwayat keluarga, riwayat tumor, dan kolitis ulseratif. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi pola hidup seperti penggunaan rokok, aktifitas fisik yang rendah, konsumsi alkohol jangka lama, dan pola diet yang buruk (Rahmadania, Wibowo, & Rosida, 2016).

Diet merupakan faktor etiologi dan risiko yang signifikan untuk berkembangnya kanker kolorektal . Lemak diduga merupakan bahan toksik untuk mukosa kolon. Makanan yang tinggi lemak terutama lemak hewan dari daging merah menyebabkan sekresi asam empedu dan bakteri anaerob menyebabkan timbulnya kanker didalam usus besar. Daging yang di goreng dan dipanggang juga dapat berisi zat-zat kimia yang menyebabkan kanker (Rahmadania et al., 2016).

Kebiasaan merokok pada laki-laki dapat memicu keganasan pada usus besar atau kanker kolorektal Merokok lebih dari 30 tahun atau lebih dari 20 gram per hari berhubungan dengan peningkatan risiko kanker kolorektal sebesar 48%. Rokok diketahui mengandung banyak karsinogen dan agen genotoksik. Salah satu

kandungan dari rokok adalah nikotin. Pemberian nikotin menunjukkan peningkatan ekspresi adrenoreseptor β_1 - β_2 yang menyebabkan peningkatan produksi COX-2 yang akan merangsang proliferasi sel dan berperan dalam angiogenesis (Utami & Fuad, 2018). Apabila penderita kanker kolorektal tidak dilakukan operasi akan mengakibatkan dampak atau komplikasi diantaranya mengalami hernia, retensi urin, perdarahan gastrointestinal, inkontinensia urin, obstruksi usus tanpa hernia, infeksi usus, fistula, radisai enterocolitis, dan peritonitis (Alfira, 2020).

Mengingat banyaknya permasalahan yang timbul pada penyakit kanker kolorektal, sehingga perawat memegang peran penting dalam proses penyembuhan, menghindari komplikasi dan membantu dalam upaya pemeliharaan kesehatan penderita secara komprehensif. Berbagai upaya promotif untuk menurunkan angka kejadian kanker kolorektal seperti dengan memberikan edukasi bagi masyarakat dengan usia diatas 40 tahun dimana diagnosis kanker kolorektal meningkat pada usia tersebut, untuk menjaga pola hidup sehat seperti melakukan olahraga secara teratur, menjaga pola makan untuk mengurangi makanan *junkfood*. Beberapa hal tersebut adalah upaya preventif dan promotif yang bisa dilakukan untuk meminimalisir angka kejadian dari tumor jinak ini serta penegakkan diagnosis dan penanganan dini dapat dilakukan

Berdasarkan penjelasan diatas, penulis tertarik untuk mengangkat studi kasus dengan judul asuhan keperawatan Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi pada Pasien kanker kolorektal di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Diharapkan dengan adanya studi kasus ini masyarakat dapat mengetahui tentang penyebab, dan tanda gejala dari kanker kolorektal. Sehingga masyarakat khususnya masyarakat dengan usia diatas 40 tahun lebih paham saat mengetahui

kejadian tersebut, serta mampu menerapkan langkah yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya kanker kolorektal.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi Pada Pasien Kanker Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi Pada Pasien Kanker Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

1.3.1 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi Pada Pasien Kanker Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi Pada Pasien Kanker Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi Pada Pasien Kanker Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi Pada Pasien Kanker

Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

5. Melakukan evaluasi keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi Pada Pasien Kanker Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya
6. Medokumentasikan asuhan keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hari Ke 1 Pemasangan Kolostomi Pada Pasien Kanker Kolorektal Di Ruang G1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi kanker kolorektal.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa pot operasi operasi kanker kolorektal dengan baik.

2. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis kanker kolorektal dan bagi tenaga kesehatan agar lebih proaktif dalam hal menginformasikan kepada masyarakat tentang faktor yang berhubungan maupun yang beresiko mempertinggi kejadian kanker kolorektal.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan dapat menjadi salah satu tambahan referensi bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis kanker kolorektal sebagai dasar dalam penelitian selanjutnya

4. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat pada umumnya, disarankan agar lebih berperan aktif dalam melakukan pencegahan terhadap kanker kolorektal dengan melakukan *general chek-up* agar dapat dilakukan deteksi dini

1.5 Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis ini adalah deskriptif. Dimana penulisan difokuskan pada masalah asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi serta evaluasi

1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diperoleh melalui wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga pasien

2. Observasi

Data juga diperoleh melalui observasi, dimana melakukan pengamatan keadaan secara langsung kepada pasien

3. Pemeriksaan

Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang seperti CT Scan

1.5.2 Sumber Data

1. Data Primer

Data Primer diperoleh dari pasien dan keluarga dengan cara wawancara

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui rekam medis pasien

1.6 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan bersumber dari buku, buku online serta jurnal dan atau penelitian sebelumnya

1.7 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis kanker kolorektal

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan

kenyataan yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan, saran serta lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan penyakit Kanker Kolorektal Konsep penyakit akan diuraikan definisi, anatomi fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan medis, serta penatalaksanaan Bedah. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Kanker kolorektal. dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Teori Kanker Kolorektal

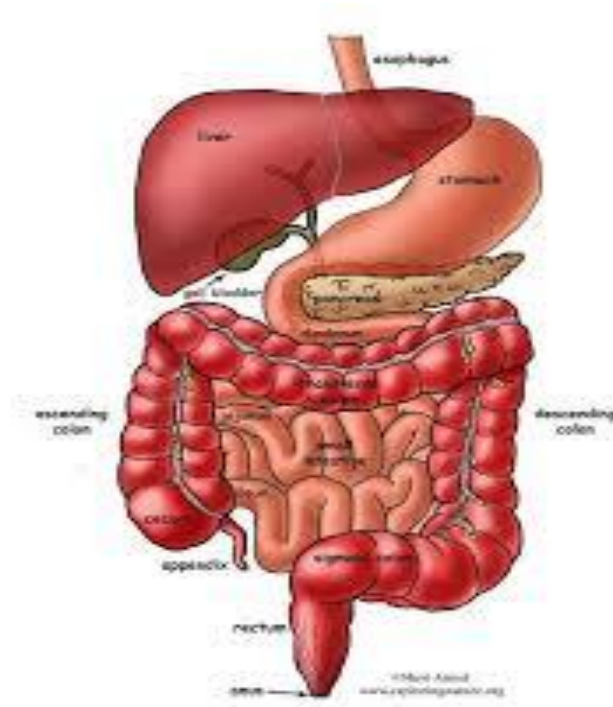
2.1.1 Definisi

Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus). Menurut *American Cancer Society*, kanker kolorektal (KKR) adalah kanker ketiga terbanyak dan merupakan kanker penyebab kematian kedua terbanyak pada pria dan wanita di Amerika Serikat. Telah diprediksi bahwa pada tahun 2014 ada 96.830 kasus baru kanker kolon dan 40.000 kasus baru kanker rektum (Wasim Aktar et al., 2018).

Kanker kolorectal didominasi oleh adenokarsinoma (95%) dengan penderita kanker kolon berjumlah lebih dari dua kali lipat dari jumlah penderita kanker rektum. Awalnya kanker kolorektal dapat muncul sebagai polip jinak tetapi dapat berubah menjadi ganas, menginvasi dan menghancurkan jaringan normal dan meluas hingga ke jaringan dan struktur sekitarnya. Sel-sel kanker dapat bermigrasi dari tumor primer dan menyebar ke organ lain didalam tubuh

(sebagian besar ke hati, peritonium dan paru). Insiden meningkat seiring dengan pertambahan usia (insiden tertinggi umumnya terjadi pada yang berusia lebih dari 85 tahun) dan lebih tinggi lagi pada individu yang memiliki riwayat keluarga menderita kanker kolon dan mereka yang mengalami penyakit radang usus atau polip. Jika penyakit dideteksi dan diterapi pada stadium dini sebelum menyebar, angka kesintasan (*survival rate*) 5 tahun adalah 90% namun, hanya 39% kanker kolorektal yang dideteksi di stadium dini. Angka keberlangsungan hidup setelah diagnosis akhir sangat rendah (Brunner & Suddarth, 2018).

2.1.2 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Usus

1. Usus Besar/ Colon

Begitu materi dalam saluran pencernaan masuk ke usus besar, sebagian besar nutrisi telah dicerna dan diabsorpsi dan hanya menyisakan zat-zat yang tidak tercerna. Makanan biasa memerlukan waktu 2 sampai 5 hari untuk

menempuh ujung saluran pencernaan yang satu ke ujung lainnya: 2 sampai 6 jam di lambung, 6 sampai 8 jam di usus halus, dan sisa waktunya berada di usus besar. Bagian-bagian usus besar antara lain :

- a. Cecum adalah kantong tertutup yang menggantung di bawah area katup ileosekal. Apendiks vermiform, suatu tabung buntu yang sempit berisi jaringan limfoid, menonjol dari ujung sekum
- b. Kolon asenden merentang darisekum sampai ke tepi bawah hati di sebelah kanan dan membalik secara horizontal pada fleksura hepatica
- c. Kolon transvesum merentang menyilang abdomen di bawah hati dan lambung sampai ke tepi lateral ginjal kiri, tempatnya memutar ke bawah pada fleksura splenik.
- d. Kolon desenden merentang ke bawah pada sisi kiri abdomen dan menjadi kolon sigmoid berbentuk S yang bermuara di rectum

2. Rektum

Rektum adalah bagian saluran pencernaan selanjutnya dengan panjang 12 sampai 13 cm. Rektum berakhir pada saluran anal dan membuka ke eksterior di anus

- a. Mukosa saluran anal tersusun dari kolumna rektal (anal), yaitu lipatan-lipatan vertikal yang masing-masing berisi arteri dan vena
- b. Sfingter anal internal otot polos (involunter) dan sfingter anal eksternal otot rangka (volunter) mengitari anus

2.1.3 Etiologi

1. Diet

Makanan yang mengandung zat kimia menyebabkan kanker pada usus besar. Makanan tersebut juga mengurangi waktu peredaran pada perut, yang mempercepat usus besar menyebabkan terjadinya kanker. Makanan yang tinggi lemak terutama lemak hewan dari daging merah, menyebabkan sekresi asam dan bakteri anaerob, menyebabkan timbulnya kanker di dalam usus besar. Diet dengan karbohidrat murni yang mengandung serat dalam jumlah yang banyak dapat mengurangi waktu peredaran dalam usus besar. Beberapa kelompok menyarankan diet yang mengandung sedikit lemak hewan dan tinggi sayuran & buah-buahan

a. Makanan yang harus di hindari :

Daging merah, lemak hewan, makanan berlemak, daging atau ikan goreng panggang, karbohidrat yang di saring (example: sari yang di saring).

b. Makanan yang harus di konsumsi

Buah-buahan dan sayur-sayuran khususnya Craciferous Vegetables dari golongan kubis (seperti brokoli, brussels sprouts), butir padi yang utuh, cairan cukup terutama air (Wasim Aktar et al., 2018).

2. Kelainan kolon

a. Adenoma di kolon : egenerasi maligna menjadi adenokarsinoma.

b. Familial poliposis : polip di usus mengalami degenerasi maligna karsinoma.

c. Kondisi ulserative : penderita colitis ulserativa menahun mempunyai risiko terkena karsinoma kolon.

3. Genetik

Anak yang berasal dari orangtua yang menderita karsinoma kolon mempunyai frekuensi $3^{1/2}$ kali lebih banyak dari pada anak-anak yang orang tuanya sehat.

4. Keterbatasan Aktivitas dan Obesitas

Aktivitas fisik yang tidak aktif atau “physical inactivity“ merupakan sebuah faktor yang paling sering dilaporkan sebagai faktor yang berhubungan dengan KKR. Aktivitas fisik yang reguler mempunyai efek protektif dan dapat menurunkan risiko KKR sampai 50%. American Cancer Society menyarankan setidaknya aktivitas fisik sedang (e.g. jalan cepat) selama 30 menit atau lebih selama 5 hari atau lebih setiap minggu. Selain itu, kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan kelebihan berat badan yang juga merupakan sebuah faktor yang meningkatkan risiko KKR (Wasim Aktar et al., 2018)

5. Suplemen Kalsium

Suplementasi kalsium untuk pencegahan kanker kolorektal tidak didukung data yang cukup. Sebuah penelitian metaanalysis randomized controlled trials menemukan bahwa suplementasi kalsium lebih dari 1.200 mg menurunkan risiko adenoma secara signifikan. Cara kerja kalsium dalam menurunkan risiko KKR belum diketahui secara pasti (Wasim Aktar et al., 2018)

6. Vitamin D

Beberapa studi menunjukkan bahwa individu dengan kadar vitamin D yang rendah dalam darah mempunyai risiko KKR yang meningkat. Namun, hubungan antara vitamin D dan kanker belum diketahui secara pasti

7. Merokok dan Alkohol

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

8. Obat – obat dan Hormon

Aspirin, Nonsreoidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID) serta hormon pascamenopause dikatakan dapat mencegah KKR. Bukti-bukti penelitian kohort mulai mendukung pernyataan bahwa penggunaan aspirin dan NSAID secara teratur dan jangka panjang dapat menurunkan risiko KKR. Namun, saat ini American Cancer Society belum merekomendasikan penggunaan obat-obat ini sebagai pencegahan kanker karena potensi efek samping perdarahan saluran cerna (Wasim Aktar et al., 2018)

2.1.4 Patofisiologis

Umumnya tumor kolorektal adalah adenokarsinoma yang berkembang dari polip adenoma. Insidensi tumor dari kolon kanan meningkat, meskipun umumnya masih terjadi di rektum dan kolon sigmoid. Pertumbuhan tumor secara tipikal tidak terdeteksi, menimbulkan beberapa gejala. Pada saat timbul gejala, penyakit mungkin sudah menyebar ke dalam lapisan lebih dalam dari jaringan usus dan organ-organ yang berdekatan. Kanker kolorektal menyebar dengan perluasan langsung ke sekeliling permukaan usus, submukosa, dan dinding luar usus. Struktur yang 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. “Penyemaian” dari tumor ke area lain dari rongga peritoneal dapat terjadi bila tumor meluas melalui serosa atau selama pemotongan pembedahan (Rahdi et al., 2016).

Penyebaran kanker kolon dapat melalui 3 cara, yaitu penyebaran secara langsung ke organ terdekat, melalui sistem limpatikus dan hematogen, serta melalui implantasi sel ke daerah peritoneal. Karsinoma kolon dan rektum 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 (Yuniarti, Wulandari, & Parmilah, 2020).

Sebagian besar tumor maligna (minimal 50%) terjadi pada area rektal dan 20–30 % terjadi di sigmoid dan kolon desending (Black dan Jacob, 1997). Kanker kolorektal terutama adenocarcinoma (muncul dari lapisan epitel usus) sebanyak 95%. Tumor pada kolon asenden lebih banyak ditemukan daripada pada transversum (dua kali lebih banyak). Tumor bowel maligna menyebar dengan cara:

1. Menyebar secara langsung pada daerah disekitar tumor secara langsung misalnya ke abdomen dari kolon transversum. Penyebaran secara langsung juga dapat mengenai bladder, ureter dan organ reproduksi.
2. Melalui saluran limfa dan hematogen biasanya ke hati, juga bisa mengenai paru-paru, ginjal dan tulang.
3. Tertanam ke rongga abdomen.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Atapada, Huriyah, & Pratama, 2018) kanker kolorektal dibagi menjadi dua stadium yaitu :

1. Stadium dini
 - a. Tanda iritasi usus dan perubahan kebiasaan defekasi: sering buang air besar, diare atau obstipasi, kadang kala obstipasi dan diare bergantian, tenesmus, anus turun tegang, sering terdapat nyeri samar pada abdomen. Pada pasien lansia, hal ini sukar disadari karena tubuh mulai kurang sensitif terhadap nyeri. Sehingga kadang kala setelah terjadi perforasi tumor, peritonitis baru merasakan nyeri dan berobat.
 - b. Hematokezia: pasien sering mengeluhkan adanya bercak darah saat buang air besar, berwarna merah segar atau merah gelap, biasanya tidak banyak dan intermitten.
 - c. Ileus: Merupakan tanda lanjut dari kanker kolon. Ileus kolon sisi kiri sering ditemukan. Kanker kolon tipe ulseratif atau hiperplastik menginvasi ke sekitar dinding usus membuat lumen usus menyempit hingga ke ileus, sering berupa ileus mekanik nontotal kronis, mula-mula timbul perut kembung, rasa tak enak perut, lalu timbul sakit perut

intermitten, borborigmi, obstipasi atau feses menjadi kecil-kecil bahkan tak dapat buang angin atau feses. Sedangkan ileus akut umumnya disebabkan karsinoma kolon tipe infiltratif. Tidak jarang terjadi intussusepsi dan ileus karena tumor pada lansia, maka pada lansia dengan intussusepsi harus memikirkan kemungkinan karsinoma kolon. Pada ileus akut maupun kronik, gejala muntah tidak menonjol, bila terdapat muntah, mungkin usus kecil (khususnya proksimal) sudah terinvasi tumor.

- d. Massa abdominal: ketika tumor tumbuh hingga batas tertentu, di daerah abdomen dapat diraba adanya massa, sering diemukan pada kolon belahan kanan. Pasien lansia umumnya berat badan menurun, dinding abdomen relatif longgar, massa mudah diraba. Pada awalnya massa bersifat mobile, setelah menginvasi sekitar menjadi terfiksasi.
- e. Anemia, berat badan menurun, demam, astenia dan gejala toksik sistemik lain. Karena pertumbuhan tumor menghabiskan nutrisi tubuh, perdarahan kronis jangka panjang menyebabkan anemia, dan infeksi sekunder tumor menyebabkan demam dan gejala toksik

2. Stadium lanjut

Selain gejala lokal tersebut di atas, pada fase akhir progresi kanker usus besar timbul gejala stadium lanjut yang sesuai. Misal, invasi luas tumor dalam kavum pelvis menimbulkan nyeri daerah lumbosakral, iskialgia dan neuralgia daerah obturatoria; ke anterior menginvasi mukosa vagina dan vesika urinaria menimbulkan perdarahan per vaginam atau hematuria, bila parah dapat timbul fistel rektovaginal, fistel rektovesikal; obstruksi ureter bilateral menimbulkan anuria,

uremia; tekanan pada uretra menimbulkan retensi urin; asites, hambatan saluran limfatik atau tekanan pada vena iliaka menimbulkan udem tungkai, skrotal, labial; perforasi menimbulkan peritonitis akut, abses abdomen; metastasis jauh seperti ke hati menimbulkan hepatomegali, ikterus, asites; metastasis ke paru menimbulkan batuk, nafas memburu, hemoptisis; metastasis ke otak dapat menyebabkan koma. Akhirnya dapat timbul kakeksia, kegagalan sistemik (Japaries, 2017).

Gejala klinis kanker kolorektal pada lokasi tumor di kolon kiri berbeda dengan kanan. Tumor di kolon kiri sering bersifat skirotik sehingga lebih banyak menimbulkan stenosis dan obstruksi karena feses sudah menjadi padat. Tumor pada kolon kiri dan rektum menyebabkan perubahan pola defekasi seperti konstipasi atau defekasi dengan tenesmi, semakin distal letak tumor feses semakin menipis atau seperti kotoran kambing atau lebih cair disertai darah atau lendir. Pada kanker kolon kanan jarang terjadi stenosis karena feses masih cair. Gejala umumnya adalah dispepsia, kelemahan umum penurunan berat badan dan anemia. Pada kanker di kolon kanan didapatkan massa di perut kanan bawah. Selain itu, nyeri pada kolon kiri lebih nyata daripada kolon kanan. Tempat yang dirasa nyeri berbeda karena asal embriogenik yang berlainan. Nyeri dari kolon kiri bermula di bawah umbilikus, sedangkan dari kolon kanan di epigastrium (Padila, 2017).

2.1.6 Komplikasi

1. Infeksi intraperitoneal
2. Obstruksi usus besar komplet
3. Perdarahan dan hemoragi gastrointestinal
4. Perforasi usus
5. Peritonitis, abses, sepsis

(Brunner & Suddarth, 2018)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

1. Endoskopi

Endoskopi merupakan prosedur diagnostik utama dan dapat dilakukan dengan sigmoidoskopi (>35% tumor terletak di rektosigmoid) atau dengan kolonoskopi total. Kolonoskopi memberikan keuntungan sebagai berikut, yaitu tingkat sensitivitas di dalam mendiagnosis adenokarsinoma atau polip kolorektal adalah 95%, kolonoskopi berfungsi sebagai alat diagnostik (biopsi) dan terapi (polipektomi), kolonoskopi dapat mengidentifikasi dan melakukan reseksi synchronous polyp dan tidak ada paparan radiasi. Sedangkan kelemahan kolonoskopi adalah pada 5-30% pemeriksaan tidak dapat mencapai sekum, sedasi intravena selalu diperlukan, lokalisasi tumor dapat tidak akurat dan tingkat mortalitasnya adalah 1 : 5.000 kolonoskopi (Zahrawardani, Herlambang, & Anggraheny, 2016).

2. Barium Enema dengan Kontras Ganda

Pemeriksaan enema barium yang dipilih adalah dengan kontras ganda karena memberikan keuntungan sebagai berikut, sensitivitasnya untuk mendiagnosis KKR 65-95% aman, tingkat keberhasilan prosedur sangat tinggi, tidak memerlukan sedasi dan telah tersedia di hampir seluruh rumah sakit. Sedangkan kelemahan pemeriksaan barium enema, yaitu lesi T1 sering tak terdeteksi, rendahnya akurasi untuk mendiagnosis lesi di rekto-sigmoid dengan divertikulosis dan di sekum, rendahnya akurasi untuk mendiagnosis lesi tipe datar, rendahnya sensitivitas (70-95%) untuk mendiagnosis polip (Nasikhatussoraya, Octaviani, & Julianti, 2016).

3. CT Colonography (Pneumocolon CT)

Pemeriksaan CT colonography dipengaruhi oleh spesifikasi alat CT scan dan software yang tersedia serta memerlukan protocol pemeriksaan khusus. Modalitas CT yang dapat melakukan CT colonography dengan baik adalah modalitas CT scan yang memiliki kemampuan rekonstruksi multiplanar dan 3D volume rendering. Kolonoskopi virtual juga memerlukan software khusus. Keunggulan CT colonography adalah dapat digunakan sebagai skrining setiap 5 tahun sekali (level of evidence 1C, sensitivitas tinggi di dalam mendiagnosis KKR), toleransi pasien baik, dapat memberikan informasi keadaan di luar kolon, dan termasuk untuk menentukan stadium melalui penilaian invasi lokal, metastasis hepar, dan kelenjar getah bening. Sedangkan kelemahannya adalah tidak dapat mendiagnosis polip (Mutaqqin, 2015).

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

1. Terapi Endoskopi

Terapi endoskopik dilakukan untuk polip kolorektal, yaitu lesi mukosa kolorektal yang menonjol ke dalam lumen. Polip merupakan istilah non-spesifik yang makna klinisnya ditentukan dari hasil pemeriksaan histopatologi. Secara histopatologi, polip dapat dibedakan menjadi polip neoplastik (adenoma dan kanker) serta polip non-neoplastik. Secara morfologi, polip dapat berbentuk sesil (dasar lebar) atau pedunculata (bertangkai). Literatur juga menyebut adanya polip datar (flat) atau depressed. Metode yang digunakan untuk polipektomi tergantung pada ukuran, bentuk dan tipe histopatologinya. Polip dapat dibiopsi terlebih dahulu untuk menentukan tindakan selanjutnya. Biopsi polip umumnya dilakukan dengan mengambil 4-6 spesimen atau 8-10 spesimen untuk lesi yang lebih besar. Panduan American College of Gastroenterology menyatakan bahwa polip kecil harus dibuang secara utuh, jika jumlahnya banyak (lebih dari 20) harus dilakukan biopsi

representatif, polip pedunkulata besar biasanya mudah dibuang dengan hot snare, polip sesil besar mungkin membutuhkan piecemeal resection atau injeksi submukosal untuk menaikkan mukosa dari tunika muskularis propria agar dapat dilakukan Endoscopic Mucosa Resection (EMR).

- a. Eksisi Lokal (Polipektomi Sederhana) Eksisi lokal dilakukan baik untuk polip kolon maupun polip rektum. Polipektomi endoskopik harus dilakukan apabila struktur morfologik polip memungkinkan. Sebagian besar polip kolorektal dapat diterapi dengan polipektomi endoskopi, abik dengan biopsy forceps maupun snare poliektomi. Hampir semua polip bertangkai dan sebagian polip sesil dapat dibuang dengan electrocautery snare. Kontraindikasi relatif polipektomi kolonoskopik antara lain adalah pasien yang mendapat terapi antikoagulan, memiliki kecenderungan perdarahan (bleeding diathesis), kolitis akut, dan secara klinis terdapat bukti yang mengarah pada keganasan invasif, seperti ulserasi sentral, lesi keras dan terfiksasi, nekrosis, atau lesi tidak dapat dinaikkan dengan injeksi submukosal. Gambaran histopatologis yang kurang baik meliputi adenokarsinoma musinosum, signet ring cell carcinoma.
- b. Eksisi Transanal
- c. Jika lesi dapat diidentifikasi secara adekuat di rektum, dapat dilakukan Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM). Prosedur TEM memudahkan eksisi tumor rektum yang berukuran kecil melalui anus. Kedua tindakan (eksisi transanal dan Tem) melibatkan eksisi full thickness yang dilakukan tegak lurus melewati dinding usus dan kedalam lemak perirektal. Fragmentasi tumor harus dihindarkan, selain itu harus dipastikan pula bahwa garis tepi mukosal dan batas tepi dalam harus negatif (>3 mm). Keuntungan prosedur lokal adalah morbiditas dan mortalitas yang minimal serta pemulihan pasca operasi yang cepat. Keterbatasan eksisi transanal adalah evaluasi penyebaran ke KGB secara patologis tidak dapat

dilakukan. Hal ini menyebabkan angka kekambuhan lokal lebih tinggi dibandingkan pasien yang menjalani reseksi radikal (Vini Nurul Inayah, 2017).

2.1.9 Penatalaksanaan Bedah

1. Persiapan Pra-Operasi sebagian besar pasien kanker kolorektal akan menjalani pembedahan. Persiapan pra-operasi meliputi:
 - a. Informed Consent Persetujuan pasien secara tertulis setelah mendapat penjelasan secara detail kepada pasien meliputi diagnosis, prosedur tindakan bedah, hasil dari tindakan, kemungkinan risiko yang mungkin timbul, kemungkinan apabila tindakan tidak dilakukan, alternatif tindakan lain dan prognosis adalah sangat penting. Pasien sebaiknya dalam kondisi yang tenang dan cukup baik, sehingga dapat memberikan keputusan dengan baik. Pasien (dan keluarganya) harus diberikan kesempatan untuk bertanya tentang semua tindakan yang akan dilakukan.
 - b. Pembuatan Stoma Beberapa pasien yang menjalani pembedahan kolorektal kemungkinan memerlukan stoma. Penjelasan tentang stoma permanen atau stoma sementara perlu diberitahukan kepada pasien dengan jelas. Bila memang diperlukan pembuatan stoma, diperlukan konsultasi dengan perawat stoma, dimana akan dijelaskan tentang pengenalan peran dari perawat stoma, penilaian secara fisik, sosial, psikologis, dan faktor budaya, pengenalan tentang stoma dan perawatannya kepada pasien, dan seleksi dari lokasi stoma
 - c. Persiapan Usus (Kolon)
Keuntungan persiapan usus secara mekanis masih dipertanyakan oleh beberapa uji klinis multisentris dan meta-analisis. Beberapa studi menyatakan

bahwa Mechanical Bowel Praperation (MBP) tidak berhubungan langsung dengan angka kebocoran anastomosis, tetapi akan mengurangi komplikasi infeksi luka. Namun, menurut sebuah metaanalisis efek bahaya MBP tidak dapat dibuktikan sehingga MBP boleh ditinggalan. Dari Cochrane Collaboration Sistematic Review pada 1.159 pasien dari 6 RCT, disimpulkan bahwa MBP sebelum pembedahan kolorektal tidak memberikan manfaat pada pasien. Bukti-bukti menyebutkan bahwa preparasi kolon tidak menurunkan risiko kebocoran anastomosis dan komplikasi lain

d. Transfusi Darah Perioperasi

Hubungan antara transfusi darah dengan meningkatnya risiko kekambuhan kanker masih terus diperdebatkan. Penelitian meta-analisis mengenai hal ini tidak ditemukan perbedaan yang signifikan dalam kekambuhan kanker kolorektal (KKR). Transfusi darah perioperasi berhubungan dengan menurunnya angka ketahanan hidup jangka panjang pasien. Namun hubungan ini menunjukkan buruknya kondisi medis pasien secara keseluruhan saat dilakukan operasi dan bukan karena hubungan sebab-akibat langsung dengan transfusi darah yang dilakukan

e. Antibiotik Profilaksis

Pemberian antibiotik profilaksis menurunkan morbiditas, menurunkan lama tinggal di rumah sakit dan menurunkan biaya akibat infeksi. Antibiotik harus memiliki spektrum yang luas, waktu paruh efektif dan aktif untuk bakteri baik aerob maupun anaerob. Antibiotik yang sering digunakan adalah kombinasi cefuroxime dan metronidazol atau gentamisin dan metronidazol. Berdasarkan beberapa uji klinik kombinasi tersebut merupakan regimen yang adekuat dibandingkan regimen lain

2. Kolektomi dan Reseksi KGB Regional *En-bloc*

Teknik ini diindikasikan untuk kanker kolon yang masih dapat direseksi (resectable) dan tidak ada metastasis jauh. Luas kolektomi sesuai lokasi tumor, jalan arteri yang berisi kelenjar getah bening, serta kelenjar lainnya yang berasal dari pembuluh darah yang ke arah tumor dengan batas sayatan yang bebas tumor (R0). Bila ada kelenjar getah bening yang mencurigakan diluar jalan vena yang terlibat sebaiknya direseksi. Reseksi harus lengkap untuk mencegah adanya KGB positif yang tertinggal (incomplete resection R1 dan R2). Reseksi KGB harus mengikuti kaidah-kaidah sebagai berikut, KGB di area asal pembuluh harus diidentifikasi untuk pemeriksaan patologis. KGB yang positif secara klinis di luar lapangan reseksi yang dianggap mencurigakan harus dibiopsi atau diangkat. KGB positif yang tertinggal menunjukkan reseksi inkomplit (R2), dan minimal ada 12 KGB yang harus diperiksa untuk menegakkan stadium N

3. Reseksi Abdominal

Reseksi abdominoperineal dan reseksi sphinctersaving anterior atau anterior rendah merupakan tindakan bedah untuk kanker rektum. Batas reseksi distal telah beberapa kali mengalami revisi, dari 5-2 cm. bila dihubungkan dengan kekambuhan lokal dan ketahanan hidup, tidak ada perbedaan mulai batas reseksi distal 2 cm atau lebih. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa 81-95% dari kanker tidak menyebar atau ekstensi intramural melebihi 1 cm. juga pada penelitian ini disebutkan bahwa pada kanker rektum yang ekstensi lebih dari 1 cm selalu pada stadium lanjut (diferensiasi buruk) atau telah ada metastasis jauh. Suatu penelitian retrospektif dan prospektif, yang menghubungkan antara batas reseksi distal dengan rekurensi, didapatkan bahwa tidak ada perbedaan pada rekurensi lokal atau ketahanan hidup antara batas 1-2 cm dan lebih dari 5 cm. Implikasi dari beberapa penelitian tentang

batas reseksi distal, bahwa pada kanker rektum rendah, dapat dilakukan prosedur pembedahan sphinctersaving daripada dilakukan reseksi abdominoperineal dengan kolostomi permanen.

4. *Total Mesorectal Excision (TME)*

Mesorektum dan batas sirkumferensial (lateral) adalah hal yang sama pentingnya dengan batas reseksi distal pada kanker rektum. Total Mesorectal Excision (TME) untuk kanker rektum adalah suatu diseksi tajam pada batas ekstrasfasial (antara fascia propriarektum dan fascia prasakral), dengan eksisi lengkap mulai dari mesorektum ke dasar pelvis termasuk batas lateralnya. Angka kekambuhan pada TME untuk kanker rektum tengah dan rendah dilaporkan sebesar 2,6%. Dari Swedish Rectal Cancer Trials, penurunan kekambuhan lokal didapatkan turun sebesar 50% setelah pelatihan teknik TME. Perbandingan di beberapa rumah sakit dimana TME rutin dilakukan dibandingkan dengan tidak dilakukannya TME, didapatkan penurunan 25% dari lokal rekurensi dan 30% pada ketahanan hidup. Sauer dan Bacon pada tahun 1951 merupakan ahli bedah pertama yang menekankan pentingnya batas reseksi distal dan lateral pada kanker rektum. Quirke dkk, pada suatu studi prospektif menemukan bahwa keterlibatan batas lateral sebesar 12,8% pada reseksi kuratif. Pada pasien ini didapatkan angka rekurensi 80% yang berarti bahwa batas reseksi merupakan penyebab utama dari rekurensi lokal. Saat ini TME merupakan prosedur baku untuk bedah kanker rektum dengan mengangkat mesorektum secara en bloc, yang meliputi pembuluh darah, pembuluh getah bening, jaringan lemak, dan fascia mesorektal. Pada prosedur ini dilakukan diseksi secara tajam under direct vision pada holy plane diluar mesorektum sampai 5 cm di bawah tumor. Pada rektum bagian atas dilakukan sampai 5 cm di atas tumor.

Dengan teknik ini, saraf otonom daerah pelvis tetap terjaga sehingga mengurangi kejadian disfungsi seksual dan gangguan berkemih. Ligasi tinggi pada arteri mesenterika anterior tidak menghasilkan perbedaan ketahanan hidup, tetapi mempermudah teknik.

5. Bedah Laparoskopik pada Kanker Kolorektal

Kolektomi laparoskopik merupakan pilihan penatalaksanaan bedah untuk kanker kolorektal. Bukti - bukti yang diperoleh dari beberapa uji acak terkontrol dan penelitian kohort memperlihatkan bahwa bedah laparoskopik untuk kanker kolorektal dapat dilakukan secara onkologis dan memiliki kelebihan dibandingkan dengan bedah konvensional seperti berkurangnya nyeri pascaoperasi, penggunaan analgetika, lama rawat di rumah sakit, dan perdarahan. Selain itu, angka kekambuhan dan ketahanan hidup sebanding dengan open surgery. Uji klinik skala besar (COLOR Trial) memperlihatkan perbedaan absolut sebesar 2% yang tidak bermakna antara open surgery vs. bedah laparoskopik dalam hal ketahanan hidup 3 tahun. Dalam studi CLASSIC, tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik dalam hal angka ketahanan hidup keseluruhan (*overall survival*), ketahanan hidup bebas penyakit (*disease free survival*), dan kekambuhan lokal diantar kedua teknik bedah tersebut. Luaran-luaran ketahanan hidup tersebut masih tetap tidak berbeda pada evaluasi jangka panjang dengan median 62,9 bulan. Meta-analisis terkini juga menyimpulkan beberapa keuntungan bedah laparoskopik dalam jangka pendek dibandingkan open colectomy, seperti penurunan kehilangan darah intraoperasi, asupan oral yang lebih cepat, dan rawat inap yang lebih singkat. Meta-analisis juga mendapatkan luaran jangka panjang yang sama dalam hal kekambuhan lokal dan ketahanan hidup pasien kanker kolon. Bedah laparoskopik sebaiknya hanya

dilakukan oleh ahli bedah yang berpengalaman dalam melakukan teknik tersebut. Eksplorasi abdomen harus dilakukan secara seksama. Pertimbangan lain untuk melakukan kolektomi laparoskopi antara lain stadium tumor dan adanya obstruksi intraabdomen

6. Terapi Sistemik

a. Kemoterapi

Kemoterapi untuk kanker kolorektal dilakukan dengan berbagai pertimbangan, antara lain adalah stadium penyakit, risiko kekambuhan dan performace status. Berdasarkan pertimbangan tersebut kemoterapi pada kanker kolorektal dapat dilakukan sebagai terapi adjuvan, neoadjuvan atau paliatif. Terapi adjuvan direkomendasikan untuk KKR stadium III dan stadium II yang memiliki risiko tinggi. Yang termasuk risiko tinggi adalah jumlah KGB yang terambil (Engantar, P, & Hidup, 2015).

b. Terapi Biologis

Bevacizumab Bevacizumab merupakan rekombinan monoclonal antibodi manusia yang berikatan dengan semua isotope Vascular Endothelial Growth Factor A (VEGFA/VEGF), yang merupakan mediator utama terjadinya vaskulogenesis dan angiogenesis tumor, sehingga menghambat pengikatan VEGF ke reseptornya, Flt-1 (VEGFR-1) dan KDR (VEGFR-2), pada permukaan sel endotelium. Netralisasi aktivitas biologis VEGF dapat mengurangi vaskularisasi tumor, menormalkan pembuluh darah tumor yang tersisa, dan menghambat pembentukan pembuluh darah tumor baru sehingga menghambat pertumbuhan tumor, baik tumor primer maupun tumor metastasis. Inhibisi pertumbuhan mikrovaskular dipercaya dapat

memperlambat pertumbuhan tumor. Bevacizumab diberikan secara infus intravena dalam waktu 30-90 menit dengan dosis 5 mg/kg bila dikombinasi dengan regimen kemoterapi siklus 2 mingguan (FOLFOX atau FOLFIRI) dan dosis 7,5 mg/kg bila dikombinasi dengan regimen kemoterapi siklus 3 mingguan (CapeOx). Bevacizumab diberikan sebelum oxaliplatin. Angka kejadian efek samping pada penggunaan bevacizumab secara umum dilaporkan lebih dari 10% yang terdiri dari perforasi gastrointestinal (0,3-2,4%), komplikasi pembedahan dan penyembuhan luka (sekitar 15%), perdarahan (1,2-4,6%), tromboemboli (sekitar 2,4%), hipertensi derajat 3-4 (5-18%), proteinuria derajat 3-4 (0,7-7,4%), neutropenia, dan gagal jantung kongestif derajat 3-4 (1,0%) (Setiawan, 2018).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Diagnosa medis Ca Colorectal

2.2.1 Pengkajian

Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis kanker kolorektal dalam proses keperawatan meliputi identitas, data riwayat pasien, pemeriksaan fisik, data pengkajian keperawatan, dan pengkajian skrining lainnya. Dalam pengkajian terdapat dua data yaitu data subjektif dan objektif. Data subjektif adalah data yang di ungkapkan oleh pasien. Sedangkan data objektif adalah data yang di temukan dari pemeriksaan fisik maupun dari pemeriksaan penunjang. (Harifiant, 2019). Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subjektif (data yang didapatkan dari pasien/keluarga) melalui metode anamnesa dan data objektif (data hasil pengukuran atau observasi).

1. Identitas atau Biodata pasien

Identitas : Kanker kolorektal umumnya sering terjadi pada pasien dengan usia sampai dengan 48 tahun keatas.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Umumnya pasien akan merasakan nyeri akibat adanya metastase kanker serta merasakan mual muntah akibat manifestasi dari kanker kolorektal tersebut

b. Riwayat kesehatan dahulu

- 1) Kemungkinan pernah menderita polip kolon, radang kronik kolon dan kolitis ulseratif yang tidak teratasi
- 2) Adanya infeksi dan obstruksi pada usus besar
- 3) Diet atau konsumsi diet yang tidak baik, tinggi protein, tinggi lemak, dan rendah serat

c. Riwayat kesehatan sekarang

- 1) Klien mengeluh lemah, nyeri abdomen dan kembung
- 2) Klien mengeluh perubahan pada defekasi : BAB seperti pita, bercampur darah dan lendir, dan rasa tidak puas setelah BAB
- 3) Klien mengalami anoreksia, mual, muntah, dan penurunan berat badan

d. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat kanker pada keluarga, diidentifikasi kanker yang menyerang tubuh atau organ termasuk kanker kolorektal adalah diturunkan sebagai sifat dominan

3. Pemeriksaan fisik

a. Pengkajian fungsional Gordon

1) Aktivitas/istirahat

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

2) Pernafasan

Gejala : nafas pendek, dispnea, dan frekuensi pernafasan menurun

3) Sirkulasi

Gejala : takikardi (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri)

4) Integritas ego

Gejala : ansietas, ketakutan, emosi, kesal

5) Eliminasi

Gejala : tekstur feses bervariasi, lunak, dan frekuensi 10-20x sehari

6) Makan/cairan

Gejala : anoreksia, mual, muntah, penurunan berat badan, tidak toleran terhadap diet

7) Hygiene

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

8) Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri tekan pada kuadran kiri bawah

9) Keamanan

Gejala : adanya riwayat polip, radang kronik viseratif

10) Muskuloskeletal

Tanda : penurunan kekuatan otot, kelemahan, dan malaise

11) Seksualitas

Gejala : tidak bisa melakukan hubungan seksual/frekuensi menurun

12) Interaksi sosial

Gejala : masalah hubungan/peran sehubungan dengan kondisi ketidakmampuan aktif dalam sosial

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Sebuah standar kolonoskopi panjangnya dapat mencapai 160 cm. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran kurang dari 1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94%, lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67% (Depkes, 2006). Sebuah kolonoskopi juga dapat digunakan untuk biopsi, polipektomi, mengontrol perdarahan dan dilatasi dari striktur. Kolonoskopi merupakan prosedur yang sangat aman dimana komplikasi utama (perdarahan, komplikasi anestesi dan perforasi) hanya muncul kurang dari 0,2% pada pasien. Kolonoskopi merupakan cara yang sangat berguna untuk mendiagnosis dan manajemen dari *inflammatory bowel disease*, non akut divertikulitis, sigmoid volvulus, *gastrointestinal bleeding*, megakolon non toksik, striktur kolon dan neoplasma. Komplikasi lebih sering terjadi pada kolonoskopi terapi daripada diagnostik kolonoskopi, perdarahan merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi

terapeutik, sedangkan perforasi merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi diagnostik (Nugroho & Febriati, 2019).

b. CT – Scan dan MRI

CT Scan dan MRI sulit untuk membedakan lesi jinak dan ganas, kelebihan utama pemeriksaan ini adalah menunjukkan situasi terkenanya jaringan sekitar, ada tidaknya metastasis kelenjar limfe atau organ jauh, sehingga membantu dalam penentuan stadium klinis dan perkiraan operasi. Pemeriksaan ini juga peka dalam menemukan massa dalam kavum pelvis, berguna dalam diagnosis rekurensi pasca operasi karsinoma rektal (Grayni, Asrifuddin, & Kalesaran, 2019)

c. Biopsi

Biasanya jika suspek kanker kolorektal ditemukan pada pemeriksaan diagnostik, dilakukan biopsi saat kolonoskopi. Pada biopsi, dokter akan menyingkirkan bagian kecil dari jaringan dengan alat khusus yang dilewati melalui scope. Dapat terjadi perdarahan setelah tindakan ini, tetapi berhenti dalam periode waktu yang singkat. Sangat jarang, bagian kolon membutuhkan operasi pengangkatan untuk menegakkan diagnosis (Rohaedi, Putri, & Karimah, 2018)

d. Pemeriksaan Darah Samar

Guaiac fecal occult blood test menggunakan bahan kimia *guaiac* untuk memeriksa darah yang tidak terlihat secara langsung oleh mata pada feses/kotoran. Pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan menggunakan *kit* yang telah disediakan. Setelah kotoran dikumpulkan, dapat diberikan kepada tenaga kesehatan untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Prasetya, Agrina, & Utami, 2018).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Diagnosis keperawatan pada pasien dengan kasus Post Operasi Kanker Kolorektal berdasarkan patway, diagnosis yang mungkin muncul yaitu:

1. Diagnosis keperawatan praoperasi
 - a. Defisit nutrisi kurang berhubungan dengan faktor psikologis (keinginan untuk makan) D.0019 (SDKI, 2017)
 - b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal D.0049 (SDKI, 2017)
2. Diagnosis keperawatan pascaoperasi
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (tindakan pembedahan) D.0077 (SDKI, 2017)
 - b. Risiko infeksi D.0142 (SDKI, 2017)
 - c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional D.0080 (SDKI, 2017)
 - d. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis D.0076 (SDKI, 2017)
 - e. Gangguan citra tubuh yang berhubungan perubahan fungsi tubuh

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan utama dapat mencakup pencapaian tingkat nutrisi yang optimal, upaya mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, penurunan ansietas, pembelajaran mengenai diagnosis, prosedur bedah, dan perawatan diri setelah pulang, pelajaran bagaimana mengirigasi kolostomi (kolostomi sigmoid) dan mengganti peralatan, mengekspresikan perasaan dan kekhawatiran mengenai

kolostomi dan dampaknya pada diri sendiri serta menghindari komplikasi (Brunner & Suddarth, 2018).

1. **Diagnosa** : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI

D.0077 Halaman 172)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil :

- a. Keluhan Nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Pasien tidak menunjukkan sikap protektif
- d. Frekuensi nadi pasien dalam batas normal (80-100x/menit)

Tabel 2.1 Intervensi Manajemen Nyeri

| No | Intervensi | Rasional |
|------------|---|--|
| Observasi | | Observasi |
| 1 | Observasi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri | R/ untuk mengetahui penyebab nyeri |
| 2 | Identifikasi skala nyeri | R/ untuk memberi penilaian pada skala nyeri berupa angka |
| 3 | Identifikasi respon nyeri non verbal | Respon nyeri non verbal dapat membantu menentukan tingkat nyeri |
| 4 | Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri | R/ membantu menghindari faktor yang memperberat nyeri |
| Terapeutik | | |
| 1 | Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri misal aromaterapi, akupressur, terapi musik, kompres hangat dan dingin | R/teknik non farmakologi dapat digabungkan dengan terapi medis guna mempercepat pereda nyeri |
| 2 | Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri | R/lingkungan merupakan salah satu faktor yang dapat memperberat nyeri |
| 3 | Fasilitasi istirahat dan tidur | R/ Istirahat dan tidur membantu pasien lebih tenang dan rileks |
| Edukasi | | |

| | | |
|------------|---|---|
| 1 | Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri | R/ Keluarga dan pasien agar mengetahui dan bisa menghindari penyebab dari nyeri |
| 2 | Jelaskan strategi meredakan nyeri | R/ Agar pasien dapat melakukan strategi pereda nyeri secara mandiri |
| 3 | Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri | R/ melibatkan pasien dalam setiap tindakan |
| 4 | Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat | R/ Terapi medis membantu mempercepat dalam meredakan nyeri |
| 5 | Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri | R/ Agar pasien mampu mempraktekan teknik nyeri non farmakologi |
| kolaborasi | | |
| 1 | Kolaborasi pemberian analgesik | R/ salah satu intervensi keperawatan kolaborasi guna mendukung(SIKI, 2017)g keberhasilan tindakan |

Sumber : (SIKI, 2017)

2. **Diagnosa** : Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (SDKI

D.0076 Halaman 170)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nausea menurun

Kriteria Hasil :

- a. Keluhan mual menurun
- b. Nafsu makan pasien meningkat
- c. Pasien tidak memiliki perasaan ingin muntah
- d. Pasien tidak pucat
- e. Nadi pasien dalam batas normal 80-100x/menit

Tabel 2.2 Manajemen Mual

| No | Intervensi | Rasional |
|----|---|---|
| | Observasi | Observasi |
| 1 | Identifikasi pengalaman mual | R/ Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami mual sebelumnya |
| 2 | Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan | R/ Salah satu tanda adalah saat makan pasien terlihat tidak nyaman |
| 3 | Identifikasi faktor penyebab mual misal pengobatan dan prosedur | R/ Salah satu obat penyebab mual adalah obat Kemo |
| 4 | Identifikasi antiemetik guna mencegah mual | R/ kolaborasi dengan tim kesehatan lain merupakan salah satu intervensi keperawatan |

| | | |
|------------|---|--|
| 5 | Monitor mual, monitor asupan nutrisi dan kalori | R/ Untuk mengetahui jumlah asupan nutrisi pada pasien |
| Terapeutik | | |
| 1 | Mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual | R/ Agar pasien dapat mengelola lingkungan penyebab mual secara mandiri |
| 2 | Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual | R/ Untuk membantu mengurangi keadaan mual pada pasien |
| 3 | Berikan makanan dingin, cairan bening dan tidak berbau serta tidak berwarna | R/ Makanan yang bersifat dingin dan tidak berbau akan membantu pasien tidak merasakan bau makanan sehingga tidak mual |
| Edukasi | | |
| 1 | Anjurkan istirahat tidur yang cukup | R/ istirahat membantu pasien terlihat lebih rileks |
| 2 | Anjurkan sering membersihkan mulut | R/ Personal hygiene merupakan salah satu penyebab mual muntah |
| 3 | Anjurkan makanan yang tinggi karbohidrat dan rendah lemak | R/ Mengikuti diit yang sudah dianjurkan |
| 4 | Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis guna mencegah mual | R/ Ajarkan pasien makan sedikit tapi sering guna menghindari terjadinya mual, tetapi pasien juga tetap bisa mendapatkan asupan nutrisi |
| Kolaborasi | | |
| 1 | Kolaborasi pemberian anti emetik | R/ Salah satu tindakan kolaborasi guna mengatasi mual |

Sumber : (SIKI, 2017)

3. **Diagnosa** : konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas

gastrointestinal (SDKI D.0049 Halaman 113)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik

Kriteria Hasil :

- a. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- b. Mengejan saat defikasi menurun
- c. Masa pada rectal menurun
- d. Konsistensi feses membaik
- e. Frekuensi defekasi membaik
- f. Peristaltik usus membaik

Tabel 2.3 Intervensi Konstipasi

| No | Intervensi | Rasional |
|------------|--|---|
| Observasi | | Observasi |
| 1 | Identifikasi faktor risiko konstipasi misal kelemahan otot abdomen, asupan serat tidak adekuat | R/ Untuk mengetahui penyebab dari konstipasi |
| 2 | Monitor tanda dan gejala konstipasi misal defekasi kurang dari 2 kali seminggu, defikasi lama atau sulit | R/ Agar pasien dapat menilai tentang konstipasi yang dialaminya |
| 3 | Identifikasi penggunaan obat-obatan yang menyebabkan konstipasi | R/ Obat-obatan pada pasien dengan masalah pencernaan seperti Ca Colorectal yaitu obat yang digunakan mencegah BAB sementara waktu |
| Terapeutik | | |
| 1 | Jadwalkan rutinitas BAK | R/ Membantu pasien untuk mengetahui adanya terjadi konstipasi atau tidak |
| 2 | Lakukan masase abdomen | R/ Mengajarkan pasien pemeriksaan dini terhadap adanya massa pada abdomen |
| Edukasi | | |
| 1 | Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi | R/ Agar pasien dan keluarga mengetahui penyebab dan faktor risiko konstipasi |
| 2 | Anjurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan | R/ air minum membantu memperlancar pencernaan |
| 3 | Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik sesuai kebutuhan | R/ Aktifitas fisik membantu metabolisme dan BAB tetap normal dan mencegah konstipasi |
| 4 | Anjurkan berjongkok untuk memfasilitasi proses BAB | R/ Berjongkok merupakan posisi anatomis memudahkan feses keluar dengan gravitasi |

Sumber : (SIKI, 2017)

4. **Diagnosa** : Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI D.0080

Halaman 180)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun

Kriteria Hasil :

- a. Verbalisasi kebingungan menurun
- b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c. Perilaku gelisah menurun

d. Perilaku tegang menurun

Tabel 2.4 Intervensi Ansietas

| No | Intervensi | Rasional |
|------------|---|---|
| Observasi | | Observasi |
| 1 | Identifikasi saat tingkat ansietas berubah misal kondisi waku stressor | R/ Untuk memastikan penyebab ansietas yang dialami |
| 2 | Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal) | R/ Tanda ansietas non verbal dapat dilihat dari mimik wajah seperti gelisah sebagai indikator kecemasan pasien |
| Terapeutik | | |
| 1 | Ciptakan suasana terapeutik yang menumbuhkan kepercayaan | R/ Untuk men ciptakan PHBS dengan pasien |
| 2 | Temani pasien guna mengurangi kecemasan | R/ Pada pasien dengan ansietas akan mengalami serangan panik |
| 3 | Motivasi dan identifikasi situasi yang menimbulkan kecemasan | R/ Untuk membantu menghindari terjadinya perburukan ansietas pasien |
| 4 | Diskusikan perencanaan realitas tentang peristiwa yang akan datang | R/ Membantu pasien guna melihat realita yang ada di depan guna mnegurangi kecemasan dan meyakinkan bahwa tidak semua hal yang dicemaskan akan terjadi |
| Edukasi | | |
| 1 | Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami | R/ Menjelaskan bahwa ansietas merupakan hal yang wajar selama tidak berlebihan |
| 2 | Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis | R/ Dampak dari pengobatan yang dijalani pasien merupakan salah satu faktor penyebab kecemasan |
| 3 | Anjurkan keluarga untuk menemani pasien | R/ Dukungan dari keluarga merupakan salah satu hal yang bisa menguatkan pasien guna membantu mengurangi ansietas |
| Kolaborasi | | |
| 1 | Kolaborasi pemberian obat anti ansietas | R/ membantu mengurangi ansietas dengan obat obatan |

Sumber : (SIKI, 2017)

5. **Diagnosa** : Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (SDKI D.0019 Halaman 56)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik

Kriteria hasil :

- a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- b. Kekuatan otot menelan meningkat
- c. Serum albumin dalam batas normal 3,5-6 g
- d. IMT dalam batas normal
- e. Bising usus dalam batas normal 9-13x/meni

Tabel 2.5 Intervensi Manajemen Nutrisi

| No | Intervensi | Rasional |
|------------|---|---|
| Observasi | | Observasi |
| 1 | Identifikasi status nutrisi pada pasien | R/ mengetahui sejauh mana pasien mengalami defisit nutrisi |
| 2 | Identifikasi adanya alergi dan intoleransi makanan | R/mengetahui untuk pemberiaan diit agar tidak terjadi masalah akibat alergi makanan |
| 3 | Identifikasi makanan yang disukai | R/meningkatkan nafsu makan dengan makanna yang disukai oleh pasien |
| 4 | Identifikasi kebutuhan nutrisi dan nutrien pasien | R/mengetahui kebutuhan nutrisi sesuai kebutuhan agar pasien tidak kelebihan nutrisi dan obesitas |
| 5 | Monitor berat badan | R/memonitor berat badan guna mengukur sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien |
| 6 | Monitor pemeriksaan laboratorium | R/ memonitor pemeriksaan penunjang guna menegakan masalah dan diagnosa pada pasien |
| Terapeutik | | |
| 1 | Lakukan oral hygiene sebelum makan bila perlu | R/melakukan oral hygiene agar pasien memiliki rasa saat makan dan meningkatkan nafsu makan pasien |
| 2 | Fasilitasi menentukan pedoman gizi | R/membantu menentukan pedoman gizi dan melibatkan pasien guna peningkatan nafsu makan |
| 3 | Sajikan makanan menarik dengan suhu yang sesuai | R/ agar pasien makan dengan nikmat dan membantu keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan |
| 4 | Berikan makanan tinggi serat, protein bila tidak ada kontraindikasi | R/ memberikan makanan tinggi serat dan protein apabila tidak ada kontraindikasi guna mencukupi gizi dan mencegah komplikasi |
| Edukasi | | |
| 1 | Anjurkan pasien makan dengan posisi duduk apabila mampu | R/ membantu pasien untuk mengurangi mual dan menurunkan asam lambung pada pasien |

| | | |
|------------|---|---|
| 2 | Ajarkan pasien diit yang direncanakan | R/ anjuran nutrisi sesuai diit guna keberhasilan tindakan keperawatan |
| Kolaborasi | | |
| 1 | Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan misal analgesik dan antiemetik | R/mengurangi rasa mual dan rasa nyeri sebelum makan |
| 2 | Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jenis nutrisi yang dibutuhkan dan tanpa kontraindikasi | R/menentukan diit tanpa kontraindikasi dan mencegah terjadinya komplikasi |

Sumber : (SIKI, 2017)

6. **Diagosa** : Risiko infeksi (SDKI D.0142 Halaman 305)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria hasil :

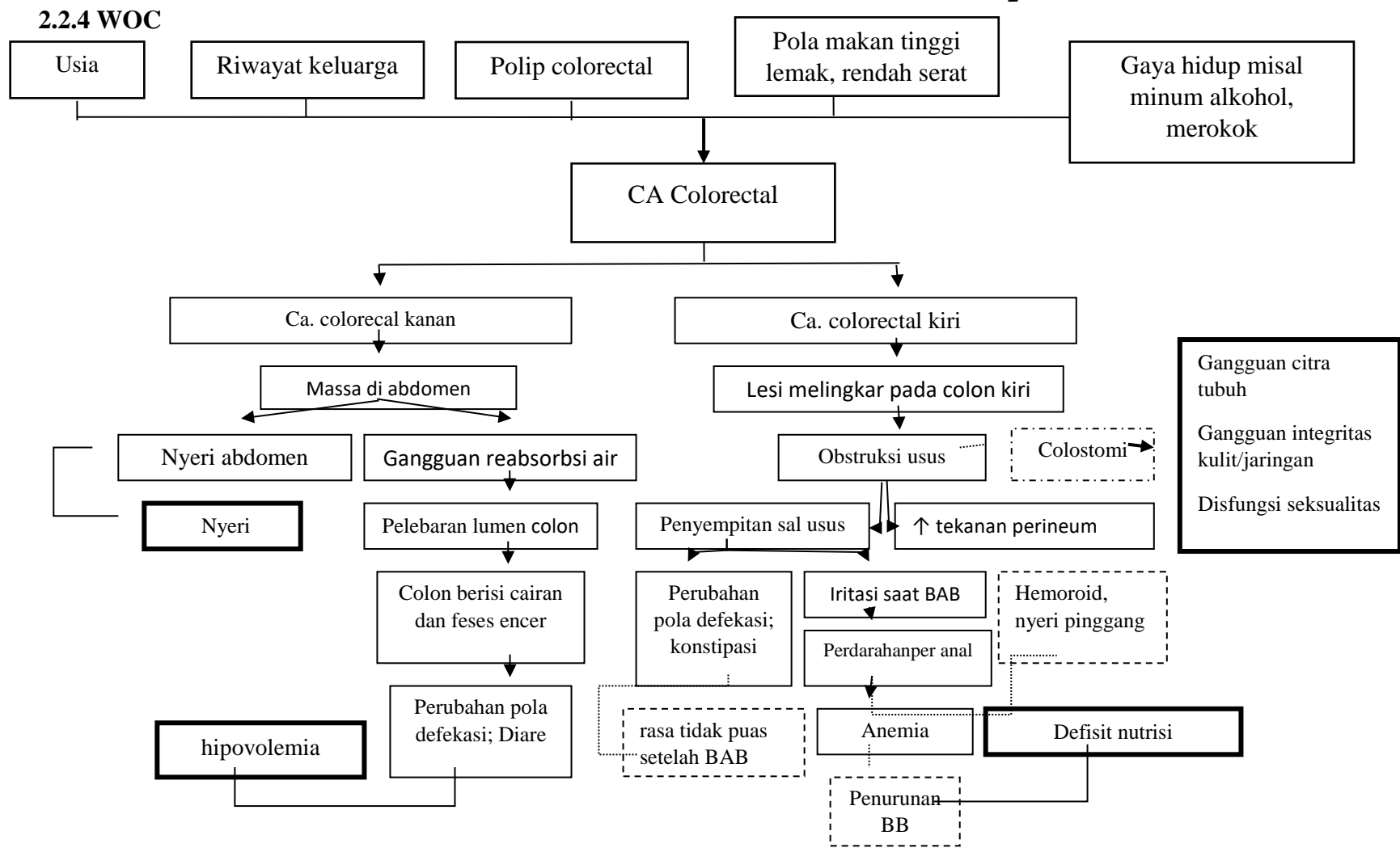
- a. Nyeri pada pasien menurun
- b. Luka tidak bengkak
- c. Luka tidak berwarna kemerahan
- d. Kadar sel leukosit dalam batas normal 10.000-14.000

Tabel 2.6 Pencegahan Infeksi

| No | Intervensi | Rasional |
|------------|--|---|
| Observasi | | Observasi |
| 1 | Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik | R/ Untuk mengetahui dan menghindari faktor penyebab infeksi |
| Terapeutik | | |
| 1 | Batasi jumlah pengunjung | R/ Semakin banyak pengunjung memperbesar risiko infeksi pasien akibat virus yang dibawa |
| 2 | Berikan perawatan kulit pada area edema | R/ Odem merupakan salah satu tanda gejala infeksi |
| 3 | Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien | R/ Untuk mencegah terjadinya infeksi terutama pada area luka |
| 4 | Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi | R/ Pasien yang berisiko tinggi terhadap infeksi adalah pasien dengan luka terbuka |
| Edukasi | | |

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Jelaskan tanda dan gejala infeksi | R/ Agar pasien dan keluarga mampu mengenali secara mandiri |
| 2 | Ajarkan mencuci tangan dengan benar | R/ Agar pasien dan keluarga mampu melakukan pencegahan secara mandiri |
| 3 | Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi | R/ Agar pasien dan keluarga dapat melakukan pengkajian secara mandiri pada luka post operasi pasien |
| 4 | Anjurkan meningkatkan asupan cairan | R/ Agar pasien tidak dehidrasi dan meningkatkan imun pasien |

Sumber : (SIKI, 2017)



Gambar 3.2 WOC

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

| | | | |
|--------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| Tgl Pengkajian Tgl | : 23-11-2020 | Jam | : 13.00 |
| MRS | : 19 -11- 2020 | No Rekam Medik | : 568xx |
| Ruang | : C1 | Diagnosa Medis | :Pemasangan Kolostomi |

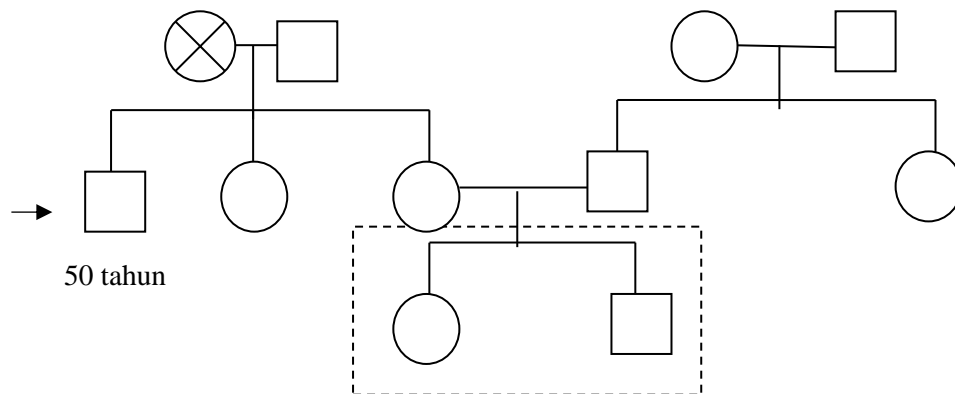
| | | | |
|------------|------------|-----------------------|------------------|
| Nama | : Tn A | Pekerjaan Suku Bangsa | : Pegawai Swasta |
| Umur | : 50 Th | Jenis Kelamin | : Jawa |
| Agama | : Islam | Status perkawinan | : Laki-laki |
| Pendidikan | : SMA | Penanggung biaya | : Menikah |
| Alamat | : Surabaya | | : Keluarga |

3.1.1 Riwayat kesehatan

| | |
|------------------------------|---|
| 1. Keluhan utama | Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi |
| 2. Riwayat penyakit sekarang | Pasien mengatakan tanggal 19 November 2020 pukul 22.00 datang ke UGD diantar oleh istriya karena mengeluh lemas, tidak bisa berdiri kepala pusing dan mual muntah, kemudian setelah di UGD dilakukan pemasangan infus dan diambil darah kemudian di indikasikan untuk rawat inap di ruangan G1, lalu pada tanggal 20 November 2020 pukul 10.00 saat dokter visite mengatakan bahwa pasien harus segera dioperasi karena kanker kolorektal yang sudah diderita 2 tahun terakhir sudah memburuk sehingga harus dilakukan operasi, pasien mengatakan bahwa istrinya menandatangani surat persetujuan operasi yang dilakukan pada tanggal 22 November 2020. Pengkajain dilakukan tanggal 23 November 2020, dan didapatkan hasil pasien post op kanker kolorektal hari ke 1, kolostomi (+), pasien mengatakan lemas, kepala pusing, mual dan muntah saat makan, serta masih mersa sangat mengantuk, dan pasien juga mengatakan kaget karena mempunyai kolostomi, ia tidak menyangka bhawa operasi yang dijalani akan ada kantung sperti itu diperutnya |
| 3. Riwayat penyakit dahulu | Pasien mengatakan pernah 5 bulan yang lalu sempat melakukan operasi polip kolorektal |
| 4. Riwayat penyakit keluarga | Pasien dan keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular dan tidak memiliki riwayat penyakit tidak menular seperti DM, HT, cancer, TB dan lainlain |

| | | | |
|---|--|----------------|---------------|
| 5. Riwayat Alergi | Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat maupun riwayat alergi terhadap makanan, obat-obatan, atau benda | | |
| 6. Keadaan umum : cukup | Kesadaran : Compos Mentis, GCS 456 | | |
| 7. Tanda vital : | TD: 100/70 mmHg | N: 104 x/menit | S: 36.6°C |
| | | | RR: 22x/menit |
| 8. Nyeri: P: Luka bekas Operasi | | | |
| Q: Seperti ditusuk tusuk | | | |
| R: Di bagian perut sebelah kanan | | | |
| S: Skala 6 (dari 1 – 10) | | | |
| T: Nyeri saat bergerak dan berpindah posisi | | | |

9. Genogram:



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Menikah

- - - : Tinggal serumah

→ : Pasien

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. B1 : Breath/Pernapasan

| | |
|-------------------|--|
| Wawancara | : Pasien mengatakan tidak merasakan sesak nafas dan tidak memiliki gangguan pernafasan, tidak batuk & tidak pilek |
| Inspeksi | : Pasien tidak terpasang Oksigen dan tidak terdapat alat bantu pernafasan dan tidak terdapat otot bantu nafas, bentuk dada dan pergerakan dada simetris (Normochesst), RR : 22x/menit, irama nafas reguler, tidak ada pernafasan cuping hidung |
| Palpasi | : Tidak adanya pembesaran pada dinding dada, tidak ada nyeri epigastrium, Taktil fremitus seimbang kanan kiri, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada lesi |
| Perkusi | : Perkusi dada sonor, tidak terdapat nyeri tekan, batas paru hati ICS VI mid |
| Auskultasi | : Suara nafas pasien normal (vesikuler) dan tidak ada suara nafas tambahan |

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. B2 / Blood / Sirkulasi

| | |
|-------------------|--|
| Inspeksi | : Jantung : Iktus tidak tampak, pulsasi jantung tidak tampak, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis, konjungtiva merah muda, sianosis (-), mata tidak anemis, tidak ada persebesaran JVP |
| Palpasi | : Iktus tidak teraba Nadi 104x/menit, tidak ada nyeri dada, akral HKM |
| Auskultasi | : Suara jantung S1 S2 tunggal, irama jantung reguler, TD 100/70mmHg |
| Perkusi | : Batas kanan ICS V pada linea parasternal dextra, batas kiri ICS VI garis anterior axila sinistra |

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. B3/ Brain / Persarafan

| | |
|---------------------------|--|
| Inspeksi | <p>: GCS 4/5, Tingkat kesadaran Compos Mentis , bentuk muka oval,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata : Simetris, konjungtiva anemis, • Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip • Bibir : mukosa bibir kering, pecah pecah, pasien mengatakan lidahnya pahit • Ekstremitas : tidak ada kelemahan baik ekstremitas atas maupun bawah |
| Pemeriksaan reflek | <p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflek fisiologis : bisep +/+, trisep +/+, patella +/+ • Refleks Patologis : babinski -/-, kaku kuduk -/-, cahddock -/-, kernik-/-, laseque -/-, bruzunki -/-, • Reflek Patela : ekstensi tungkai bawah karna kontraksi muskulus quardiceps femoris • N.I/Olfactorius : pasien mampu mencium bau di kedua lubang hidung, pasien mampu membedakan bau obat dan bau makanan • N.2/ Optikus : pasien mengatakan penglihatannya sudah sedikit menurun sehingga ketika membaca jarak jauh dan tulisan kecil sedikit kabur • N.3/, N.4, N.6/ Okulomotorius, Trochlearis, Abducens : pasien mampu melihat ke segala arah • N5/Trigeminus : pasien mampu merasakan rangsangan di dahi, pipi dan dagu, pasien mampu mengunyah atau mengertakan gigi, dan otot masseter normal • N.7 Ffacialis : pasien mampu merasakan makanan, mampu tersenyum simetris dan mengerutkan dahi • N.8 Akustikus : fungsi pendengaran rine dan weber normal • N.IX, N.x Glossopharingeal, Vagus : pasien mampu menelan dan ada refleks muntah • N.XI Assessorius : pasien mampu mengangkat bahu • NXII Hipoglosus : pasien mampu menggerakkan lidah ke segala arah <p>Masalah Keperawatan : Tidak Ada Keperawatan</p> |

4. B4/ Bladder/ Perkemihan

| | |
|--|--|
| Wawancara | : Pasien mengatakan sejak terpasang kateter pasien merasa tidak nyaman dan sakit apabila dibuat bergerak, pasien minum kurang lebih 1 liter dalam sehari |
| Inspeksi | : Tidak terdapat lesi, luka maupun benjolan, pasien terpasang kateter urine, eliminasi urin SMRS frekuensi 5-6x/hari kurang lebih 170 cc/24 jam, warna urine kuning pekat, saat MRS jumlah 1625 cc/24 jam warna kuning jernih bau khas, tidak terdapat odem sekitar ekstremitas bawah,. SMRS minum 2000 – 3000 cc/hari jenis air putih. MRS kurang lebu 1500 cc/hari jenis air putih |
| Palpasi | : Tidak terdapat odema pada perut, tidak terdapat distensi kandung kemih, balance cairan input : minum 1500 cc/24 jam, air metabolisme |
| Perkusi | : |
| Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan | |

5. B5/ Bowel/ Pencernaan

| | |
|--|--|
| Wawancara | : Pasien mengatakan sejak terpasang colostomi tidak bisa merasakan sensasi BAB dan pasien mengatakan setiap makan muntah serta mual, pasien juga mengatakan sebelum dioperasi, dirinya sering merasa sembelit, kadang juga diare berlebih dimana terdapat bercak darah pada feses, dan saat BAB daerah anus pasien terasa sakit saat digunakan mengejan, sehingga pasien terkadang tidak mau BAB. Saat sudah dioperasi pasien tidak lagi bisa merasakan sensasi untuk BAB, tiba tiba kantong kolotominya penuh |
| Inspeksi | : Pasien terlihat pucat, mukosa bibir kering, pasien terpasang colostomi bag abdomen pasien terdapat lubang untuk colostomi bag dengan diameter 3cm, keadaan bag bersih dan adanya nyeri di sekitar colostomi bag skala 6 kulit di sekitar colostomi bag berwarna kemerahan, tidak ada asites pasien muntah saat makan dan merasa mual, porsi makan 3 sendok, diet rumah sakit nasi tim, |
| Palpasi & perkusi | : Tidak terdapat odem dan acites pada abdomen, tidak ada perbesaran hepar, tidak ada nyeri tekan |
| Auskultasi | : bising usus 35x/menit |
| BB SMRS | : 61 Kg |
| BB MRS | : 58 Kg |
| Masalah Keperawatan : Risiko Infeksi, Nausea, defisit nutrisi | |

6. B6 / Bone/ Muskuloskeletal

Inspeksi : Pergerakan sendi bebas, kekuatan otot penuh, tidak terdapat fracture, Terdapat kantong kolotomi di perut bagian kanan bawah, warna dasar luka merah, kulit sekitar luka berwarna merah muda, dan kantong kosoltomi terdapat cairan feses

Palpasi : Turgor kulit baik, kekuatan ROM penuh, kekuatan otot pasien

| | |
|------|------|
| 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555 |

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7. Sistem Integumen

Warna kulit pasien sawo matang, Turgor kulit baik, CRT < 2 detik, akral HKM,

8. Pola istirahat tidur

Istirahat tidur : Pasien mengatakan sejak di operasi dirinya masih sering merasa ngantuk sehingga kebanyakan pasien tidur

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

9. Sistem Penginderaan

Sistem penglihatan : Pasien tidak bisa membaca apabila tulisan kecil dan jarak terlalu jauh

Sistem pendengaran : Pasien tidak mengalami gangguan pada fungsi sistem pendengaran

Sistem penciuman : Pasien masih bisa mencium bau dengan normal

10. Sistem reproduksi / genitalia

Wawancara : Pasien mengatakan tidak masalah pada daerah reproduksi

Inspeksi : genitalia bersih

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Personal Hygiene

| | |
|----------------------|---|
| Mandi | : Pasien mandi di seka 1 kali sehari |
| Keramas | : Sejak 3 hari yang lalu pasien belum keramas |
| Ganti pakaian | : Pasien mengatakan ganti pakaian 1 hari sekali |
| Sikat gigi | : Pasien menyikat gigi 1 kali pada pagi hari |
| Memotong kuku | : Sejak di rumah sakit pasien belum memotong kuku |

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

| | |
|----------------------------------|---|
| Keadaan tiroid | : Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid |
| Terkait diabetes melitus | : Pasien tidak memiliki riwayat penyakit diabetes melitus |
| Terkait pertumbuhan | : pasien tidak memiliki riwayat gangguan pertumbuhan |
| Terkait hormon reproduksi | : Pasien tidak memiliki gangguan pada sistem reproduksi |
| Terkait hormon adrenal | : Normal |

12. Psikososiocultural

| | |
|---|--|
| Ideal diri | : Pasien mengatakan jika sudah keluar dari rumahsakit dan sudah menjalani operasi pasien ingin menjalani kehidupan sehari-hari seperti dulu lagi |
| Gambaran diri | : |
| Peran diri | :Pasien mengatakan sejak sakit ia sudah tidak bekerja dan perannya sebagai kepala keluarga tidak bisa dilaksanakan atau terhenti untuk sementara. Biaya rumah sakit, makan dan kebutuhan sehari-hari menggunakan uang tabungan |
| Harga diri | :Pasien mengatakan meskipun sakit seperti sekarang anak dan istrinya tetap mendukung dan menemani saat pasien berada di rumahsakit |
| Identitas diri | :Pasien mengatakan bekerja sebagai karyawan swasta dan sebagai seorang ayah memiliki 2 orang anak |
| Citra tubuh | :Pasien mengatakan sedikit merasa malu dengan adanya kantong Colostomi karena pasien merasa tidak memiliki sensasi BAB seperti orang lain pada umumnya |
| Orang paling dekat | :Istri dan kedua anaknya |
| Hubungan dgn lingkungan sekitar : Pasien mengatakan dirumah ia mengikuti kegiatan sosial dengan baik bahkan dirumahsakit dengan teman satu ruangnya ia mampu berkomunikasi dan menjalin hubungan dengan baik | |
| Keyakinan dan nilai : Pasien beragama islam dan pasien tidak mempunyai kepercayaan tersendiri mengenai penyakit yang dideritanya | |
| Koping dan toleransi stres : Pasien mengatakan saat didiagnosa Ca colorectal sempat kaget tetapi pasien mencoba menerima karena diberikan dukungan oleh istri dan anaknya | |
| Masalah Keperawatan : Gangguan Citra Tubuh | |

3.1.3 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

| BBN/Tanggal | Leukosit Pemeriksaan | 11,190 | 4.000 - 10.000 mm³ |
|--------------------|-----------------------------|----------------|---|
| 2021 | HB | 11 | 13 – 17 /% |
| | Trombosit | 234.000 | 150.000 – 400.000/mm³ |
| | HCT | 35.10 | 37.0 – 47.0 |
| | GDA | 84 | 80 - 120 mg/dL |
| | Natrium | 137,9 | 135 – 145 mmol/L |
| | Kalium | 3,84 | 3,5 – 5 mmol/L |
| | Clorida | 104,5 | 95 – 108 mmol/L |
| | PT | 13,3 | 11,9 – 15 |
| | APTT | 30,3 | 26,4 – 40 |
| | PCT | 1.2 | 1,08 – 2.82 10^{^3} |
| | INR | 2 | 1 – 2 |

3.1.4 Terapi Medikasi

Tabel 3.2 Terapi Obat Obatan

| Tanggal | Terapi obat | Dosis | Rute | Indikasi |
|------------|--------------------|-------------|--------------------------|--|
| 23-11-2020 | Infus NS 3% 10 tpm | 1500c | Intravena | Cairan kristaloid Mengandung natrium dan clorida. Cairan infus ini digunakan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang, mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit |
| 23-11-2020 | Vascon | 50 nano/jam | Intravena (Syringe pump) | Mengandung Norepinephrine Bitartrate Monohydrate. berfungsi untuk meningkatkan tekanan darah yang diindikasikan pada pasien dengan hipotensi akut. bekerja dengan cara menyempitkan pembuluh darah sehingga dapat meningkatkan tekanan darah |

| | | | | |
|------------|----------------------------|---------|-----------------------|---|
| 23-11-2020 | Infus double Line Drip KCL | 30 mg | Drip line (intravena) | Elektrolit ini membantu sel, ginjal, jantung, otot, dan saraf berfungsi dengan baik. serta mencegah terjadinya hipokalemia |
| 23-11-2020 | Neurosanbe | 1 X 1 | Oral | merupakan kombinasi dari vitamin B1, B6, dan B12. Vitamin ini digunakan untuk pengobatan defisiensi Vitamin B1, B6, dan B12 yang berkaitan dengan kesehatan saraf, seperti pegal-pegal otot dan kesemutan, serta anemia. |
| 23-11-2020 | Sucralfat syrup | 3 X 2ml | Oral | Golongan antiulcerant Lapisan pelindung yang dibentuk oleh sucralfat akan mencegah ulkus semakin parah. Selain itu, cara kerja ini juga bisa membantu penyembuhan ulkus, gastritis kronis dan tukak lambung |
| 23-11-2020 | OMZ | 1 x1 | Oral | Golongan <i>proton pump inhibitors</i> (PPIs) untuk mengatasi masalah perut dan kerongkongan yang diakibatkan oleh asam lambung. Cara kerja omeprazole adalah dengan menurunkan kadar asam yang diproduksi perut/lambung. |
| 23-11-2020 | Antrain | 3 X 4mg | Intravena | Golongan analgetik, antispasmodik, dan antipiretik guna Meringankan rasa sakit, seperti: sakit gigi, sakit kepala, nyeri sendi, nyeri otot, nyeri kolik dan lain-lain |
| 23-11-2020 | Ondansentron 8mg | 3 X 8mg | Intravena | Golongan antiemetik bekerja dengan menghambat ikatan serotonin pada reseptor 5HT ₃ , sehingga membuat penggunaanya tidak mual dan berhenti muntah |
| 23-11-2021 | Metronidazole | 1x 60ml | Intravena | Golongan antibiotik untuk mengobati infeksi. Obat ini bekerja dengan cara menghentikan pertumbuhan berbagai bakteri dan parasit. |

Surabaya, 23 November 2020

Mahasiswa

Pembimbing Institusi

Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03001

Dwi Putri Ambarwati S.Kep

2030029

3.2 ANALISA DATA

Tabel 3.4 Analisa Data

| Data / Faktor resiko | Etiologi | Masalah/Problem |
|---|--|-----------------|
| <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi P: Luka bekas Operasi Q: Seperti ditusuk tusuk R: Di bagian perut sebelah kanan S: Skala 6 (dari 1 – 10) T: Nyeri saat bergerak dan berpindah posisi</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak memegang area perutnya • Pasien tampak gelisah • Nadi 104x/menit • Nafsu makan menurun | Agen Pencedera Fisiologis | Nyeri Akut |
| <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan setiap kali makan pasien merasa mual dan muntah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bising usus Hiperaktif (35x/menit) • Membran mukosa pucat • BB SMRS : 61 Kg • BS MRS :57 Kg • Porsi makan 3 sendok | Faktor Psikologis (keenganan untuk makan) | Defisit Nutrisi |
| <p>Faktor Penyebab Efek prosedur invasif dibuktikan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka kotor • Luka pasien masih terlihat merah • Kolostomi (+) • Warna dara luka merah • Warna sekitar luka merah • Leukosit 12.190 | | Risiko Infeksi |
| <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan kaget dengan keadaanya yang sekrang yang memilik kantung di perut, pasien juga mengatakan bingung cara perawatan pada lukanya</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak gelisah • Pasien selalu mengatakan ingin bisa normal kembali | Krisis Situasional (perawatan Colostomi) | Ansietas |

| | | |
|---|------------------------|----------------------|
| <p>DS : Pasien mengatakan sedikit merasa malu dengan adanya kantong kolostomi karena pasien merasa t</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">• Fungsi tubuh berubah → anus yang kehilangan fungsi dimana tidak bisa digunakan BAB dan diganti dengan kolostomi bag• Pasien selalu menutupi bagian perutnya | Perubahan fungsi tubuh | Gangguan Citra Tubuh |
|---|------------------------|----------------------|

3.3 PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN

| NO | MASALAH KEPERAWATAN | TANGGAL | | PARAF (nama) |
|----|---|------------|----------------|-----------------|
| | | ditemukan | teratasi | |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis tindakan pembedahan | 23-11-2020 | Belum Teratasi | DDA |
| 2 | Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif | 23-11-2020 | Belum Teratasi | DDA |
| 3. | Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional (perawatan Colostomi) | 23-11-2020 | Belum Teratasi | DDA |
| 4 | Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (keenganan untuk makan) | 23-11-2020 | Belum Teratasi | DDA |
| 5 | Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh | 23-11-2020 | Belum Teratasi | DDA |

Tabel 3.5 Prioritas Masalah Keperawatan

3.4 RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

| No | Masalah Keperawatan | Tujuan | Intervensi | Rasional |
|----|---|---|--|--|
| 1. | Nyeri Akut b/d Agen pencedera Fisiologis (efek operasi) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan Kriteria Hasil:</p> <p>1) Keluhan nyeri menurun</p> <p>2) Meringis menurun</p> <p>3) Sikap protektif menurun</p> <p>4) Frekuensi nadi</p> | <p>1) Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5) Memberikan teknik non farmakologis guna mengurangi rasa nyeri misal terapi distraksi nafas dalam, dan aromaterapi</p> <p>6) Memberikan edukasi tentang penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>7) Menjelaskan strategi dalam meredakan nyeri</p> | <p>R/ mengetahui penyebab nyeri</p> <p>R/ mengetahui derajat nyeri</p> <p>R/ memperkuat penegakkan diagnosa nyeri</p> <p>R/ menghindari faktor pencetus nyeri</p> <p>R/ teknik nonfarmakologi membantu penurunan nyeri</p> <p>R/ melibatkan pasien dalam setiap tindakan</p> <p>R/ agar pasien dapat meredakan nyeri</p> |

| | | | | |
|---|----------------|---|--|---|
| | | membaik (60 – 100x/mnt) | 8) Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri 9) Mengajukan menggunakan analgetik secara tepat 10) Memberikan hasil kolaborasi antain 3 x 8 mg IV | saat diurnah R/ terapi medis membantu mempercepat penurunan nyeri R/ antrain membantu menghambat reseptor nyeri |
| 2 | Risiko Infeksi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun | 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 3. Memberikan edukasi tentang tanda dan gejala infeksi (kemerahan, bengkak, nyeri, panas) 4. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 5. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi 6. Mengajukan meningkatkan asupan cairan | R/ mengetahui penyebab infeksi pasien R/ pasien dengan infeksi memiliki tingkat infeksi lebih tinggi daripada penyakit umumnya R/ mengetahui tanda dan gejala infeksi lebih dini akan sangat membantu pencegahan infeksi R/ mengetahui tingkat dari keberhasilan intervensi yang telah dilakukan |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | 3. Kemerahan menurun jaringan parut menurun | | R/ asupan nutrisi yang cukup akan membantu imun tubuh lebih kuat, terutama pada saat pasien terjadi luka |
| 3 | Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (Perawatan Colostomi bag) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kekhawatiran akibat | 1. Memonitor tanda ansietas verbal dan nonverbal 2. Menciptakan suasana terapeutik yang menumbuhkan kepercayaan 3. Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang 4. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang | R/ mengetahui tingkat kecemasan yang dialami pasien R/ menjalani BHSP merupakan salah satu intervensi yang dilakukan R/ pasien akan bersemangat jika diajak bicara tentang masa depan R/ jika pasien ansietas berlebih akan |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | <p>kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>2. Pola tidur membaik</p> | <p>mungkin dialami</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk selalu menemani pasien</p> | <p>mengganggu pola makan serta pola tidurnya</p> <p>R/ pasien dengan ansietas, akan melakukan banyak hal-</p> |
|--|--|---|---|---|

3.5 IMPLEMENTASI & EVALUASI

| No Dx | Hari/Tgl Jam | Implementasi | Paraf | Hari/Tgl 1 Jam | No Dx | Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan | Paraf |
|-------|---------------------|--|-------|----------------------|-------|--|-------|
| 1,2,3 | 23-11-2020 07.00 | Melakukan timbang terima dengan perawat jaga malam | DDA | 23-11-2020 14.00 | 1 | S : Pasien mengatakan masih sangat nyeri P: Luka bekas Operasi Q: Seperti ditusuk tusuk R: Di bagian perut sebelah kanan S: Skala 6 (dari 1 – 10)T: Nyeri saat bergerak dan berpindah posisi | DDA |
| 1,2,3 | 07.30 | Round pasien | DDA | | | | |
| 1,2,3 | 07.40 | Melakukan observasi TTV dan keadaan umum pasien Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 112/70 mmHg • Nadi : 104x/mnt • RR : 22x/mn • P: Luka bekas Operasi • Q: Seperti ditusuk tusuk • R: Di bagian perut sebelah kanan • S: Skala 6 (dari 1 – 10) • T: Nyeri saat bergerak dan berpindah posisi • Pasien nampak gelisah • Pasien selalu menutupi perutnya • Kolostomi (+) • Warna luka merah • Warna sekiat luka merah • Feses (+) cair, warna kuning | DDA | | | | |
| 1,2 | 08.40 | Melakukan injeksi antrain 4 mg IV Melakukan injeksi ondan 8 mg IV Metronidazole 60 ml → grojog | DDA | 14.10 | 2 | A : Masalah nyeri belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,2,3 | DDA |
| 1 | 09.00 | Memantau tanda – tanda infeksi | DDA | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|-------|---|------------|-------|---|--|-----|
| 3 | 09.10 | Hasil : tidak ada bengkak, kemerahan, panas (-) Menjelaskan tentang penyebab, gejala, dan tanda-tanda dari nyeri → menjelaskan bahwa nyeri timbul akibat post operasi yang dialami pasien, bahwa nyeri tersebut masih wajar karena baru hari 1 operasi. | DPA | 14.30 | 3 | S : | |
| 1 | 10.00 | Memberikan edukasi pasien untuk menggunakan teknik pengendalian nyeri dengan distraksi tarik napas dalam | DPA | | | O : | |
| 3 | 10.15 | Melibatkan keluarga dalam setiap tindakan keperawatan yang dilakukan → menganjurkan istri pasien selalu menemani pasien dan memberi dukungan | DPA | | | <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan luka bersih • Warna dasar luka merah • Warna kulit sekitar luka merah • Bengkak (-) • Demasm (-) | DPA |
| 2 | 10.45 | Melakukan perawatan luka kolostomi → warna sekitar luka merah, kolostomi bag terdapat feses dengan konsistensi cair, warna kuning, bau khas | DPA DPA | | | A : Masalah risiko infeksi belum teratasi P : lanjutkan intervensi 2,4,5,6,8 | |
| 1 | 11.00 | Melatih pasien Breathing Exercise (napas dalam) | DPA | | | S : Pasien mengatakan khawatir dengan kantung yang ada diperutnya | |
| 1,2,3 | 14.00 | Melakukan timbang terima dengan perawat jaga pagi | | | | | |
| | 15.00 | Melakukan observasi TTV dan keadaan umum pasien Hasil : | | | | O : | |
| | 15.15 | TD : 120/60 mmHg Nadi : 100x/mnt RR : 20x/mnt P: Luka bekas Operasi Q: Seperti ditusuk tusuk R: Di bagian perut sebelah kanan S: Skala 6 (dari 1 – 10) T: Nyeri saat bergerak dan berpindah posisi Kantung kolostomi kosong Pasien tidak mau makan, nasi hrs 3 sdm | DPA DPA | | | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien nampak gelisah • Pasien sering menanyakan kantung yang ada diperutnya | |
| 1,2,3 | | | DPA | | | A : Masalah ansietas belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,3,5,7,8 | |

| | | | | | | | |
|-------|-------|--|-----|--|--|---|--|
| | 15.20 | Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering | DPK | | | | |
| 4 | 16.00 | Menganjurkan pasien untuk memakan makanan yang disukai → sesuai dengan diiet yang dianjurkan | | | | | |
| 4 | 16.10 | Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter memberikan injeksi antrain 4 mg IV, Ondansentron 8 mg IV, Memberikan pbat neurosanbe 1 tablet per oral, metronidazole 1 tab per oral | DPK | | | | |
| 1,2 | 16.25 | Memberikan dukungan kepada pasien agar pasien tidak malu dengan keadaan yang sekarang | DPK | | | | |
| | 16.30 | | DPK | | | | |
| 6 | 16.45 | Mengganti kolostomi bag pasien Hasil : feses konsistensi sedikit lembek, bau khas | | | | | |
| 2 | 19.00 | Melakukan observasi TTV TD : 110/75 mmHg Nadi : 88x/mnt RR : 18x/mnt P: Luka bekas Operasi | | | | | |
| 1,2,3 | 19.30 | Q: Seperti ditusuk tusuk R: Di bagian perut sebelah kanan S: Skala 6 (dari 1 – 10) T: Nyeri saat bergerak dan berpindah posisi | DPK | | | | |
| | 21.00 | Mmberikan hasil kolaborasi dengan dokter, memberikan injeksi antrain 4 mg IV dan injeksi ondan 8 mg IV | | | | | |
| 1,2 | | Melakukan timbang terima dengan dinas jaga malam | | | | | |
| | | | | | | <p>Dx 1 : Nyeri Akut</p> <p>S : Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah di kompres hangat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 100/70 mmHg • Nadi : 94x/menit • RR: 22x/menit • P: Luka bekas Operasi • Q: Seperti ditusuk tusuk • R: Di bagian perut sebelah kanan • S: Skala 5 (dari 1 – 10) • T: Nyeri saat bergerak dan berpindah posisi <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi karakteristik nyeri pasien • Menghindari faktor pencetus terjadinya nyeri • Anjurkan teknik penggunaan distraksi nyeri non farmakologis yang telah diajarkan <p>Dx 2 :Risiko infeksi</p> <p>S : pasien mengatakan daerah luka terasa nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan luka bersih • Warna dasar luka merah | |

| | | | | | | | |
|-------|-------------------|---|-----|-------------------|--|--|-----|
| | 24-11-2020 | | | | | | |
| 1,2,3 | 07.00 | Melakukan Observasi TTV dan keadaan pasien TD : 100/70 mmHg Nadi : 94x/menit RR: 22x/menit P: Luka bekas Operasi | DDA | | | | |
| 1,2,3 | 07.30 | Q: Seperti ditusuk tusuk R: Di bagian perut sebelah kanan S: Skala 5 (dari 1 – 10) T: Nyeri saat bergerak dan berpindah posisi Pasien sering menanyakan cara perawatan luka nya | DDA | 24-11-2020 | | <ul style="list-style-type: none"> • Warna kulit sekitar luka merah • Bengkak (-) • Demam (-) • Keluarga pasien paham tentang perawatan luka kolostomi dengan teknik bersih • Pasien kooperatif | |
| 1,2,3 | | Melakukan rawat luka kolostomi serta mengganti colostomi bag Hasil : luka bersih, tidak ada tanda – tanda infeksi | | | | A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian | DDA |
| 2 | 08.00 | Menganjurkan pasien teknik distraksi nyeri dengan kompres hangat Hasil : pasien kooperatif | DDA | | | P : <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan teknik bersih saat perawatan luka • Mengganti kantong kolostomi setiap pasien BAB • Ajarkan pasien dan keluarga tentang perawatan luka kolostomi | |
| 1 | 08.30 | Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter memberikan injeksi antrain 4 mg IV injeksi ondansentron 8 mg IV, memberikan obat per oral neurosanden 1 tablet, metronidazole 1 tablet per oral | DDA | | | Dx 3 : Ansietas | |
| 1,2,3 | 08.45 | Mengobaservasi asupan makan pasien Hasil : pasien masih mual (+) masih habis 4 sdm | DDA | | | S : Pasien mengatakan sudah mencoba menerima keadaanya yang sekarang | |
| 4 | 09.00 | Menganjurkan pasien untuk banyak makanan yang mengandung protein | DDA | | | O : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien nampak lebih tenang • Pasien nampak bertanya tentang bagaimana perawatan luka kolostomi | |
| 4 | | Memberikan edukasi pada pasien untuk menghindari | | | | A : Masalah ansietas teratasi | |
| | | | | | | P : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan keluarga untuk selalu menemani pasien dan memberikan dukungan kepada pasien | |

| | | | | | | | |
|---|-------|--|-----|--|--|--|--|
| | 09.05 | pemicu timbul nyeri seperti banyak bergerak, mengganggu bagian luka | DPK | | | | |
| 1 | 09.30 | Mengajarkan pasien untuk cuci tangan 6 langkah untuk menghindari infeksi pada daerah luka Hasil : pasien dan istri dapat mengualngi langkah-langkah cuci tangan | DPK | | | | |
| 2 | 10.00 | Memberikan edukasi pada pasien tentang kolostomi bag → menjelaskan bahwa kolostomi bag diberikan pada pasien dengan gangguan pada sistem pencernaan, kolostomi digunakan untuk menggantikan fungsi dari rektum/kolon untuk saluran pembuangan feses. Serta menjelaskan keadaan pasien dimana kolon dan rektum pasien sudah dipotong karena kanker sehingga tidak bisa digunakan lagi | DPK | | | | |
| 3 | 10.15 | Mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda – tanda infeksi Hasil : pasien dan istri dapat menyebutkan kembali tentang tanda tanda infeksi yaitu kemerahan, nyeri, panas | DPK | | | | |
| 1 | 10.30 | mengobervasi tentang penggunaan distrkasi nyeri breathing exercise Hasil : pasien dapat mengulangi cara tarik napas dalam dengan sesuai, pasien juga mengatakan bahwa distraksi tersbut tidak mengurangi nyeri yang di rasakan | DPK | | | | |
| 2 | 11.00 | Memberikan edukasi dan menjelaskan cara merawat dan mengganti kantong kolostomi → menjelaskan prinsip perawatan luka kolotomi yaitu bersih dimana sebelum dan sesudah melakukan rawat luka harus tetap cuci tangan 6 langkah, lalu mengajarkan teknik perawatan dan penggantian kolostomi bag sesuai dengan SOP yang berlaku | DPK | | | | |
| 1 | 11.10 | | DPK | | | | |

| | | | | | | |
|-------|-------|--|-----|--|--|--|
| 4 | | Hasil : istri pasien menunjukkan feedback positif berupa istri pasien banyak bertanya tentang kapan harus di bersihkan | | | | |
| 4 | | Mengedukasi pasien untuk mencatat output dan karakteristik dari feses tiap penggantian kolotomi bag | | | | |
| 4 | 12.00 | Melakukan Observasi TTV dan keadaan pasien TD : 110/80 mmHg Nadi : 88x/menit RR: 20x/menit P: Luka bekas Operasi Q: Seperti ditusuk tusuk | DDA | | | |
| | 12.15 | R: Di bagian perut sebelah kanan S: Skala 5 (dari 1 – 10) T: Nyeri hilang timbul | DDA | | | |
| 5 | 13.00 | Pasien terlihat sudah bisa menerima keadaanya dengan sering menanyakan kapan harus rawat luka kolotomi dan menanyakan keadaan lukanya | | | | |
| 1,2,3 | 14.00 | Porsi makan habis 6 sendok makan Muntah (-), mual sedikit | | | | |
| 1 | 15.00 | Melakukan timbang terima dengan perawat jaga sore | DDA | | | |
| | | Menanyakan keadaan umum pasien serta mengkaji PQRST nyeri serta menanyakan apakah sudah melakukan teknik distraksi nyeri kompres hangat yang sudah diajarkan | | | | |
| 1,2,3 | 16.00 | Hasil : Pasien mengatakan tadi pagi sudah melakukan kompres pada sekitar luka kolostomi dan dan pasien mengatakan nyerinya berkurang | DDA | | | |
| | | Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter, | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|-------|--|-----|--|--|--|--|
| 1,2,3 | 16.15 | memberikan terapi injeksi antrain 4mg IV, Ondansentron 8mg IV, memberikan Sucrafat sirup 2ml per oral | DDA | | | | |
| 1,2,3 | 19.00 | Menganjurkan pasien untuk beristirahat dengan posisi senyaman mungkin yang mengurangi rasa nyeri | DDA | | | | |
| 1,2,3 | 21.00 | Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter, memberikan terapi injeksi antrain 4mg IV, Ondansentron 8mg IV, memberikan Sucrafat sirup 2ml per oral | DDA | | | | |
| | | Melakukan timbang terima dengan perawat jaga malam | DDA | | | | |

| | | | | | |
|-------|-------------------|---|-----|-------------------|---|
| | 25-11-2020 | | | 25-11-2020 | |
| 1,2,3 | 07.00 | Melakukan timbang terima dengan perawat dinas malam | DPA | | Dx 1 : Nyeri Akut |
| 1,2,3 | 07.30 | Melakukan Observasi TTV dengan keadaan umum pasien <ul style="list-style-type: none"> • TD : 120/70 mmHg • Nadi : 86x/menit • RR: 21x/menit | DPA | | S : Pasien mengatakan nyerinya sudah sangat berkurang |
| 4 | 07.50 | Melakukan observasi asupan nutrisi, observasi keadaan luka dan kantong kolostomi Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makan habis setengah porsi • Feses (+) konsistensi lembek, warna kuning, bau khas | DPA | | O : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 110/80 mmHg • Nadi : 81x/menit • RR: 19x/menit • P: Luka bekas Operasi • Q: Seperti ditekan • R: Di bagian perut sebelah kanan • S: Skala 2 (dari 1 – 10) • T: Nyeri nyeri hilang timbul |
| 1 | 08.00 | Mengkaji karakteristik nyeri pasien : <ul style="list-style-type: none"> • P: Luka bekas Operasi • Q: Seperti ditusuk tusuk • R: Di bagian perut sebelah kanan • S: Skala 3 (dari 1 – 10) • T: Nyeri hilang timbul • Mual (-), Muntah (-) | DPA | | A : Masalah nyeri diatasi |
| 1 | 08.10 | memberikan edukasi dan menganjurkan tentang penggunaan aromaterapi dengan cara mengoleskan aroma terapi sesuai selera dan dioleskan di bagian luar masker Hasil : Pasien kooperatif dan mengatakan akan | DPA | | P : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan teknik penggunaan distraksi nyeri non farmakologis yang telah diajarkan yaitu aroma terapi dan kompres hangat Dx 2 :Risiko infeksi S : pasien mengatakan nyeri pada daerah luka sudah berkurang |

| | | | | | | |
|--------|-------|--|----|--|--|---|
| 1,,2,3 | 08.30 | mencoba karena di ruangan juga kurang kondusif Memberikan obat hasil kolaborasi dengan dokter dengan memberikan injeksi antrain 4mg IV, Ondancentron 8mg IV, Metronidazole 60ml IV, Omeprazol stop, Neurosanbe 1 tablet per oral | DA | | | |
| 4 | 08.50 | Menganjurkan pasien untuk tetap melaksanakan diit makanan lunak dan mengkonsumsi banyak air guna mencegah terjadinya konstipasi | DA | | | |
| 2 | 09.30 | Melakukan rawat luka kolostomi Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Warna dasar luka merah • Kulit sekitar luka merah muda • Luka terlihat bersih • Feses + warna kuning dengan konsistensi lembek dan bau khas • Kemerahan (-) • Bengkak (-) | DA | | | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan luka dan kulit sekitar luka nampak bersih • Luka post op H+3 • Tidak ada tanda tanda infeksi • Pasien atau keluarga sudah bisa melakukan rawat luka dengan prinsip bersih • Pasien dan keluarga mampu melakukan dokumentasi pencatatan pada output feses dan haluaran feses <p>A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan teknik bersih saat perawatan luka • Mengganti kantong kolostomi setiap pasien BAB |
| 1 | 12.00 | Mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tentang teknik non farmakologi pengendalian nyeri Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan teknik relaksasi nyeri Deep Beathing Excercise kurang efektif dalam penurunan skala nyeri • Pasien mengatakan kompres hangat sangat membantu mengurangi rasa nyerinya, tiap 5 jam sekali pasien | DA | | | <p>Dx 3 : Ansietas</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah tidak khawatir dengan keadaanya dan sudah mengerti tentang prognosis penyakitnya</p> |

| | | | | | | | |
|-------|-------|--|-----|--|--|---|--|
| | | <p>mengompres hangat pada area sekitar luka kolostomi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan aroma terai atau freshcare yang diletakan di masker kurang membantu mengurangi rasa nyeri namun saat menggunakan masker yang diolesi aroma terapi membuat tidunya lebih lelap dan nyenyak. | | | | <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien nampak lebih tenang • Pasie kooperatif <p>A : Masalah ansietas teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkn keluarga unuk selalu memBerikan dukungan pada pasien | |
| 1,2,3 | 13.00 | <p>Melakukan Observasi TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nadi 77x/menit • TD 120/60mmHg • RR 21x/menit | DDA | | | | |
| 1,2,3 | 14.00 | <p>Melakukan timbang terima dengan perawat jaga sore</p> | DDA | | | | |
| 1 | 15.00 | <p>Melakukan pengkajian nyeri pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : nyeri karena luka operasi kolostomi • Q : Seperti ditekan • R : Perut sebelah kanan • S : skala 2 dari 1-10 • T : Nyeri hilang timbul | DDA | | | | |
| 4 | 15.10 | <p>Mengobservasi asupan nutrisi dan haluran feses</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makan pasien habis 1 porsi • Feses (+) cair lembek bau khas → mengganti kolostomi bag sekaligus | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|-------|---|-----|--|--|--|--|
| | | mereview kembali tentang perawatan luka dan cara mengganti kolostomi bag pada keluarga | OPA | | | | |
| 1,2,3 | 19.00 | Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter berupa pemberian injeksi Ondancentron 8mg IV dan Injeksi Antrain 4mg IV | OPA | | | | |
| 1,2,3 | 21.00 | Melakukan operan dengan perawat jaga malam | OPA | | | | |

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Tn A dengan diagnosa medis post operasi kanker kolorektal di ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 23 November 2020 sampai dengan 25 November 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada T n A dengan melakukan anamesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

4.1.1 Identitas

Data didapatkan, pasien berinisial Tn A berjenis kelamin laki laki, berusia 50 tahun. Maka data ini bisa dijelaskan bahwa pengaruh usia lanjut pada pasien menjadi salah satu faktor memperberat terjadinya kanker kolorektal. Seiring bertambahnya usia maka semakin besar pula resiko terkena penyakit kanker kolorektal.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Khosama, 2015) Faktor usia, dimana diagnosis kanker kolorektal meningkat progresif sejak usia 40 tahun, meningkat tajam setelah usia 50 tahun.

4.1.2 Riwayat Penyakit dan Kesehatan

1. Keluhan Utama

Berdasarkan Tinjauan kasus, saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri pada perut sebelah kanan atau pada luka bekas operasi. P : luka operasi, Q : seperti ditusuk – tusuk, R : perut sebelah kanan, S : Skala 6 , T : saat digerakkan. Pasien merasa lemas, sedikit pusing dan mual serta tidak ingin makan dan pasien mengatakan cemas dengan dengan keadaan nya yang sekarang yang memiliki kolostomi di perutnya.

Keluhan nyeri yang dirasakan pasien disebabkan karena luka operasi untuk pembuatan kantung kolostomi sebesar 10 mm, hal ini sangat wajar terjadi pada pasien dengan post operasi hari pertama. Hal ini perlu menjadi perhatian khusus bagi perawat terutama untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman pasien, jika nyeri yang dirasakan tidak ditangani dengan tepat maka akan menimbulkan masalah keperawatan yang dapat mengganggu pasien seperti pola istirahat tidur dan pola makan pasien.

Ada berbagai macam nyeri yang dialami oleh pasien di Rumah Sakit dan sebagian besar penyebab nyeri pasien diakibatkan karena tindakan pembedahan/ operasi yang termasuk nyeri akut dan dapat menghambat proses penyembuhan pasien karena menghambat kemampuan pasien untuk terlibat aktif dalam proses penyembuhan dan meningkatkan resiko komplikasi akibat imobilisasi sehingga rehabilitasi dapat tertunda dan hospitalisasi menjadi lama jika nyeri akut tidak terkontrol sehingga harus menjadi prioritas perawatan. Nyeri pasca bedah merupakan satu dari masalah-masalah keluhan pasien tersering di rumah sakit (S. Agung, Andaryani, & Sari, 2018).

Saat pengkajian pasien juga mengeluh cemas dan kecemasan pada pasien post operasi disebabkan oleh ketidaktahuan pasien tentang perawatan yang harus dilakukan setelah operasi, termasuk bagaimana menerima perubahan yang terjadi pada organ tubuh setelah dilakukan operasi, selain itu kecemasan juga muncul akibat apabila operasi yang dilakukannya tidak sesuai dengan yang diharapkan seperti kegagalan saat operasi dan takut akan kematian. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Palla et al., 2018) mengatakan Kecemasan post operasi disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu takut terhadap nyeri, kematian, takut tentang ketidaktahuan, takut akan terjadi kecacatan dan ancaman lain yang dapat berdampak pada citra tubuh (Muttaqin & Sari, 2009). Kecemasan didapatkan paling tinggi pada pasien post operasi mayor, sedangkan paling rendah didapatkan pada pasien pre operasi minor (Wardani, 2012). Persiapan pasien di bangsal dengan waktu yang semakin lama maka semakin baik pasien untuk menyesuaikan diri dengan stress fisiologis dari operasi. Seperti pada pasien dengan rasa takut akan timbulnya nyeri baik pada saat operasi maupun setelah operasi. Penjelasan mengenai pembiusan saat operasi dan obat-obat yang akan diberikan setelah operasi selesai, serta tehnik-tehnik untuk mengurangi atau mengatasi rasa nyeri dapat mengurangi rasa cemas pasien pre dan post operasi.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu pada pasien, di dapatkan data pasien memiliki riwayat penyakit polip kolorektal. Temuan data ini dapat dijelaskan bahwa seseorang yang memiliki riwayat penyakit polip kolorektal cenderung beresiko terkena penyakit kanker kolorektal.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Athiyah, Medis, Studi, Teknik, &

Indonesia, 2018) kanker kolorektal biasanya ditandai dengan adanya polip dan ulserasi atau pendarahan pada kolon yang selanjutnya berubah menjadi kanker. Polip dan kanker pada stadium awal terkadang tidak menunjukkan gejala, hal ini membuat penderita kanker kolorektal baru menyadari dirinya terjangkit kanker setelah dilakukan pemeriksaan untuk diagnosis dan pengobatan.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan akan diuraikan sebagai berikut:

1. Pencernaan / Bowel

Pemeriksaan fisik pada sistem pencernaan didapatkan hasil hasil, *Inspeksi* Pasien terlihat pucat, mukosa bibir kering, pasien terpasang colostomi bag abdomen pasien terdapat lubang untuk colostomi bag dengan diamter 10 mm, keadaan luka bersih dan adanya nyeri di sekitar colostomi bag skala 6 kulit di sekitar colostomi bag berwarna kemerahan, tidak ada asites pasien muntah saat makan dan merasa mual, porsi makan 3 sendok, diet rumah sakit nasi tim dan TKTP, *Palpasi & perkusi* :Tidak terdapat odem dan acites pada abdomen, tidak ada perbesaran hepar, tidak ada nyeri tekan *Auskultasi* bising usus 35x/menit, BB SMRS : 61 Kg, BB MRS : 58 Kg.

Penelitian yang dilakukan oleh (Alfira, 2020) Mual muntah pasca bedah masih menjadi perhatian utama pada pasien yang menjalani pembedahan. *Post operative nausea and vomiting* (PONV) adalah perasaan mual muntah yang dirasakan dalam 24 jam setelah prosedur anestesi dan pembedahan. PONV adalah

komplikasi yang sering terjadi setelah operasi. Hal ini disebabkan karena efek langsung terhadap jalur gastrointestinal dan menstimulasi pusat muntah oleh *Chemoreceptor Trigger Zone* sebagai efek samping dari obat-obat yang digunakan pada saat operasi pembedahan. Mual muntah yang dialami akibat prosedur pembedahan akan menimbulkan penurunan nafsu makan sehingga menurunkan intake nutrisi yang dibutuhkan tubuh. Jika asupan nutrisi yang kurang kesehatan pasien juga akan terganggu seperti tampak lemas, lesu, mudah terserang penyakit, serta penurunan system imun tubuh. Oleh sebab itu mual muntah ini perlu ditangani dengan baik untuk mengoptimalkan kebutuhan asupan nutrisi pasien

Asupan zat gizi memiliki peran penting pasien kanker selama proses pengobatan. Asupan energi yang tidak tercukupi menyebabkan degradasi simpanan lemak dan protein tubuh menjadi energi. Hal ini dapat menimbulkan resiko terjadi penurunan status gizi pada pasien. Asupan energi yang rendah menunjukkan asupan zat gizi lain yang juga rendah. Hal ini terbukti dari kecukupan protein pada pasien kanker yang juga rendah (Putri, Adriani, & Estuningsih, 2019)

Penelitian yang dilakukan oleh (Sandy, 2015) Infeksi Luka Operasi (ILO) merupakan infeksi yang terjadi ketika mikroorganisme dari kulit, bagian tubuh lain atau lingkungan masuk kedalam insisi yang terjadi dalam waktu 30 hari dan jika ada implant terjadi 1 (satu) tahun paska operasi yang ditandai dengan adanya pus, inflamasi, bengkak, nyeridan rasa panas.

Menurut (Sandy, 2015) juga mengatakan Walaupun penyebab pasti ILO sulit ditentukan, namun penyebabnya sering dikaitkan dengan flora mikroba dan pasien, petugas bedah, teknik pembedahan, lingkungan, dan faktor pasien sebagai

pejamu (Gruendemann, 2005). Hasil dari penelitian sebelumnya menemukan dua faktor yang memegang peranan penting dalam memengaruhi kejadian infeksi luka operasi, yaitu faktor endogen dan eksogen. Faktor endogen merupakan faktor yang ada di dalam penderita sendiri seperti umur, jenis kelamin, penyakit predisposisi ILO, dan operasi dahulu sedangkan faktor eksogen merupakan faktor di luar penderita, seperti lama penderita dirawat di rumah sakit, tingkat kebersihan luka, kepatuhan melaksanakan teknik aseptik, lama operasi, dan jumlah personil di kamar operasi, dan perawatan luka pasca operasi.

2. Psikocultural

Pada pengkajian psikocultural didapatkan hasil, ideal diri pasien mengatakan jika sudah keluar dari rumah sakit dan sudah menjalani operasi pasien ingin menjalani kehidupan sehari-hari seperti dulu lagi. Peran diri : Pasien mengatakan sejak sakit ia sudah tidak bekerja dan perannya sebagai kepala keluarga tidak bisa dilaksanakan atau terhenti untuk sementara. Biaya rumah sakit, makan dan kebutuhan sehari-hari menggunakan uang tabungan. Harga Diri : Pasien mengatakan meskipun sakit seperti sekarang anak dan istrinya tetap mendukung dan menemani saat pasien berada di rumah sakit. Identitas Diri : Pasien mengatakan bekerja sebagai karyawan swasta dan sebagai seorang ayah memiliki 2 orang anak. Citra Tubuh : Pasien mengatakan sedikit merasa malu dengan adanya kantong Colostomi karena pasien merasa tidak memiliki sensasi BAB seperti orang lain pada umumnya. Hubungan dgn lingkungan sekitar : Pasien mengatakan dirumah ia mengikuti kegiatan sosial dengan baik bahkan dirumahnya dengan teman satu ruangnya ia mampu berkomunikasi dan menjalin hubungan dengan baik. Keyakinan dan nilai : Pasien beragama islam dan

pasien tidak mempunyai kepercayaan tersendiri mengenai penyakit yang dideritanya. Koping dan toleransi stres : Pasien mengatakan saat didiagnosa Ca colorectal sempat kaget tetapi pasien mencoba menerima karena diberikan dukungan oleh istri dan anaknya.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri et al., 2019) Pasien dengan stoma menghadapi beberapa stres khusus, yakni kemungkinan terisolasi, harga diri yang rendah, gangguan citra tubuh, dan memiliki rasa tidak kompeten.

Menurut penelitian (La Rangki, 2018) Salah satu terapi untuk kasus kanker kolon dan rektal adalah pembedahan kolostomi. Tindakan kolostomi paling sering dilakukan pada kasus karsinoma kolon dan rektum. Pasien dengan kolostomi cenderung menghadapi masalah yang kompleks seperti perubahan fisik, mental, emosional, sosial, seksual serta ekonomi. Bagi pasien yang harus dipasang kolostomi secara permanen atau seumur hidup, kemungkinan besar akan berdampak pada aspek- aspek kehidupan dari pasien tersebut baik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Masalah utama pasien kolostomi adalah masalah kemampuan self care-nya dan respons psikologis pasien terhadap perubahan gambaran dirinya yang akan berpengaruh pada mental emosional dan seksual pasien.

4.2 Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan tinjauan kasus didapatkan pemeriksaan penunjang yang abnormal, diantaranya leukosit 12.190mm^3 (N $4.000\text{-}10.000\text{mm}^3$)

Penelitian yang dilakukan oleh (Amalina, Suchitra, & Saputra, 2018) Pemeriksaan penunjang berupa jumlah leukosit menunjukkan sembilan puluh persen pasien post operasi menunjukkan peningkatan hitung jumlah leukosit antara

10.000 sel/ μ l sampai dengan 15.000 sel/ μ l.14 Leukosit melebihi 18.000-20.000 sel/ μ l menandakan kemungkinan telah terjadi infeksi akibat luka bekas operasi . Ditinjau dari segi usia, maka usia lanjut berkaitan dengan banyak perubahan struktural dan fungsional yang menyebabkan kulit dan jaringan subkutis lebih rentan terhadap infeksi karena menurunnya imunitas dari tubuh seseorang sehingga menurunkan respon tubuh terhadap infeksi.

Sedangkan aspek perawatan luka paska operasi sangat menentukan terjadinya infeksi luka operasi, sehingga diperlukan ketepatan serta kepatuhan melaksanakan prosedur perawatan luka operasi. Tim bedah menjalankan proses pekerjaan elaborasi rumit yang memerlukan perhatian pada rincian-rincian kecil, termasuk prinsip pencegahan infeksi. Upaya untuk mempertahankan tingkat aseptik yang disyaratkan memang merupakan tantangan ketika menghadapi masalah pertumbuhan mikroorganisme yang cepat dan tidak terlihat, reservoir mikroorganisme, dan rute penularan yang kompleks.

Menurut peneliti peningkatan leukosit pada pasien post operasi kanker kolorektal karena merupakan respon fisiologis dari tubuh dimana ketika pada tubuh terdapat luka baik yang disengaja atau tidak maka tubuh akan berespon dengan mengirimkan leukosit ke daerah luka untuk melawan bakteri. Sehingga kejadian ini menyebabkan terjadinya peningkatan leukositosis atau peningkatan leukosit sampai proses penyembuhan luka membaik.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pada Ny.S didapatkan hasil diagnosis keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077 Halaman 172)

Pengkajian tanggal 23 November 2020 dan masalah ini ditegaskan sebagai diagnosa pertama dengan data- data yang mendukung dibuktikan data-data yaitu data subyektif ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan atau pada luka bekas operasi kolostomi P: nyeri akibat luka post operasi, Q : seperti ditusuk tusuk, R : perut sebelah kanan, S : skala 6 dari 1-10, T : Nyeri saat digerakan. Data Obyektif ditandai dengan pasien tampak lemah, pasien tampak menyeringai , mengeluh nyeri dan terkadang memegang perut sebelah kanan, nafsu makan pasien menurun, porsi makan habis tiga sendok. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 104 x/menit.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat serta berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri akut disebabkan oleh adanya agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang dilakukan untuk pembuatan lubang kolostomi sebesar 10mm pada perut sebelah kanan, nyeri juga dapat disebabkan karena mobilisasi dari pasien sehingga menyebabkan gesekan pada luka post operasi dan timbul rasa nyeri, selain itu lebih dari 24 jam makan efek agen farmakologis berupa obat bius akan habis sehingga luka akan mulai terasa nyeri sehingga harus disuntikan lagi obat analgesik.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (S. Agung et al., 2018) Ada berbagai macam nyeri yang dialami oleh pasien di Rumah Sakit dan sebagian besar penyebab nyeri pasien diakibatkan karena tindakan pembedahan/ operasi yang

termasuk nyeri akut dan dapat menghambat proses penyembuhan pasien karena menghambat kemampuan pasien untuk terlibat aktif dalam proses penyembuhan dan meningkatkan resiko komplikasi akibat imobilisasi sehingga rehabilitasi dapat tertunda dan hospitalisasi menjadi lama jika nyeri akut tidak terkontrol sehingga harus menjadi prioritas perawatan Nyeri pasca bedah merupakan satu dari masalah-masalah keluhan pasien tersering di rumah sakit.

2. Risiko Infeksi dengan faktor risiko efek prosedur invasif (SDKI D.0142 Halaman 304)

Pengkajian tanggal 23 november 2020, masalah resiko infeksi ditegaskan sebagai diagnosa ke dua dengan dibuktikan data-data yang mendukung yaitu data obyektif ditandai dengan keadaan luka pada pasien, kondisi luka bersih, warna dasar luka merah, luka berukuran 10mm, warna sekitar kulit luka merah muda, tidak terdapat eksudat, tidak bengkak, tidak panas, ada feses pada kantong kolostomi dengan konsistensi cair berwarna kuning.

Pada tinjauan kasus, penulis menyimpulkan bahwa risiko infeksi disebabkan karena tindakan dari operasi kolostomi dimana sebagian kecil dari ujung kolon yang ditarik keluar sampai dengan lubang kolostomi agar feses bisa langsung keluar melalui kolostomi bag, dari sinilah risiko infeksi muncul dimana kolon berisiko terkena gesekan dari luar seperti saat dibersihkan, bergesekan dengan kantong kolostomi, bercampur dengan lingkungan luar sehingga menyebabkan pertumbuhan bakteri di sekitar luka sehingga menyebabkan tingginya resiko infeksi pada pasien kolostomi.

Penelitian yang dilakukan oleh (Crossa et al., 2011) mengatakan bahwa Komplikasi yang seringkali ditemukan pada pasien operasi adalah infeksi post

operasi. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pembedahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptik. Upaya untuk mempertahankan tingkat aseptik yang disyaratkan memang merupakan tantangan ketika menghadapi masalah pertumbuhan mikroorganisme yang cepat dan tidak terlihat, reservoir mikroorganisme, dan rute penularan yang kompleks. Perawat perioperatif berperan penting dalam pencegahan ILO, terutama memperhatikan teknik aseptik yang sesuai dengan prosedur

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI D.0080 Halaman 180)

Pada tinjauan kasus, penulis menyimpulkan bahwa ansietas disebabkan karena ansietas timbul dari diri individu tersebut dimana ia mengkhawatirkan sesuatu yang terjadi pada dirinya saat ini akibat dari tindakan medis yang telah dilakukan, dirinya merasa cemas terhadap keadaannya yang sekarang dan takut tidak bisa kembali seperti dahulu. Namun perasaan yang dialami oleh pasien merupakan luapan emosi terhadap kejadian yang sekarang atau pasien mengalami denial.

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Palla et al., 2018) Semua tindakan perawatan di rumah sakit dengan segala macam tindakan belum tentu dapat diterima secara positif oleh semua pasien. Setiap keadaan atau peristiwa

yang menimbulkan perubahan dalam kehidupan seseorang, menuntut individu tersebut harus menyesuaikan diri untuk mengatasinya, maka perlu adanya adaptasi, tetapi kemampuan adaptasi seseorang berbeda-beda, sehingga bisa muncul kondisi stres atau kecemasan. Kecemasan pasien post operasi disebabkan berbagai faktor, salah satunya adalah faktor pengetahuan, dukungan keluarga, komunikasi atau sikap perawat dalam mengaplikasikan pencegahan kecemasan pada pasien post operasi, dan jenis operasi. Kecemasan berhubungan dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan, perawatan setelah operasi dan hasil dari tindakan operasi

4.4 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus mengacu pada kriteria hasil untuk pencapaian tujuan asuhan keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan operasi)
(SDKI D. 0072, halaman 172)

Pada masalah keperawatan nyeri akut, direncanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, serta kontrol nyeri dengan kriteria hasil: pada kriteria tingkat nyeri didapatkan keluhan nyeri menurun skala 2-3, sikap protektif, serta meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik antara 60-100x/menit, (SLKI, L. 08066, halaman 145). Pada kriteria kontrol nyeri didapatkan pasien melaporkan nyeri terkontrol meningkat, kemampuan mengenali penyebab dan onset nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik non farmakologi meningkat (SLKI, L. 08063, halaman 58).

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut diantaranya 1) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R/ untuk menilai seberapa jauh nyeri yang dialami oleh pasien 2) identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ untuk menghindari faktor penyebab nyeri 3) berikan teknik non farmakologi guna mengatasi nyeri seperti (Kompres hangat, *Breathing excercise*, menghirup aroma terapi).

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi nyeri akut difokuskan pada tindakan mandiri perawat, yaitu mengajarkan pasien melakukan teknik pengendalian nyeri, relaksasi dan distraksi. Pemberian relaksasi dan distraksi dilakukan tidak hanya sekali namun berkali kali hingga responden merasakan nyeri yang dialaminya berkurang. Penulis menyimpulkan bahwa pemberian kompres hangat pada daerah sekitar nyeri dapat menurunkan skala nyeri.

Penelitian yang dilakukan oleh (Yuniarti et al., 2020) mengatakan Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan rasa hangat dengan suhu 43 – 46° C pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan sehingga kebutuhan rasa nyaman terpenuhi. Prinsip kerja kompres hangat dengan buli-buli hangat yang dibungkus dengan kain yaitu secara konduksi terjadi pemindahan hangat dari buli-buli kedalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelepasan pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang.

2) Risiko Infeksi (SDKI D.0142 Halaman 304)

Pada masalah keperawatan risiko infeksi, rencanakan tindakan keperawatan

dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: pada kriteria tingkat infeksi didapatkan keluhan nyeri menurun skala 2-3, Kadar sel leukosit dalam batas normal ($N 4.000-10.000mm^3$), pasien tidak demam (suhu tubuh $36-37^{\circ}C$), luka tidak kemerahan (SLKI.14137 Halaman 139)

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi resiko infeksi diantaranya 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik R/ untuk mengetahui infeksi bakteri jenis apa yang ada pada luka, 2) pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi R/ menghindari terjadinya infeksi 3) cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R/ mencegah terjadinya infeksi nosokomial, 4) mengganti kolostomi bag setiap pasien BAB R/ apabila tidak diganti bisa menyebabkan penumpukan kuman di area luka

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Sandy, 2015) semakin tinggi usia seseorang maka resiko terjadinya infeksi semakin meningkat utamanya pada usia lanjut, Hal ini berkaitan dengan banyak perubahan struktural dan fungsional yang menyebabkan kulit dan jaringan subkutis lebih rentan terhadap infeksi. Peningkatan angka infeksi yang berkaitan dengan penuaan mungkin juga disebabkan oleh melemahnya pertahanan pejamu alami. Tindakan perawatan luka bertujuan mencegah infeksi, mempercepat penyembuhan dan memberikan rasa nyaman pada pasien. Semakin baik perawatan luka dilakukan maka infeksi luka operasi (ILO) bisa dikendalikan, teknik perawatan luka juga menentukan terjadinya infeksi luka operasi. Semakin baik perawatan luka dilakukan maka kemungkinan terjadinya Infeksi Luka Operasi (ILO) semakin kecil.

3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI D.0080 Halaman

180)

Pada masalah keperawatan Ansietas, rencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun (SLKI L.093 Halaman 132).

Rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas diantaranya 1) identifikasi saat tingkat ansietas pasien berubah R/ untuk mempersiapkan intervensi yang akan dilakukukan 2) monitor tanda tanda ansietas baik verbal maupun non verbal R/ guna mengetahui tingkat ansietas pasien, 3) anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien R/ melibatkan keluarga dalam setiap tindakan keperawatan 4) diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang R/ membantu pasien mengidentifikasi tentang peristiwa yang bisa dilakukan saat sembuh

Penelitian yang dilakukan oleh (Palla et al., 2018) mengatakan dukungan keluarga juga memiliki peranan yang penting dalam menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi. Friedman (2010), menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Peran keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yaitu mampu mengambil keputusan dalam kesehatan, Ikut merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada sangatlah penting dalam mengatasi kecemasan pasien. Dukungan keluarga dapat memberikan rasa senang, rasa aman, rasa nyaman dan

mendapat dukungan emosional yang akan mempengaruhi kesehatan jiwa. Karena itu dukungan keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat meningkatkan semangat hidup dan menurunkan kecemasan pasien serta menguatkan komitmen pasien untuk menjalani pengobatan.

4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077 Halaman 172)

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut difokuskan pada keluhan nyeri, kontrol nyeri, dan kemampuan pasien dalam menggunakan teknik non farmakologis. Melihat kasus tersebut dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan antara lain dengan memberikan pengetahuan tentang manajemen pengontrolan nyeri berdasarkan *evidenbased* seperti pada pukul 09.00 mengajarkan pasien teknik relaksasi *deep breathing excercise* lalu pada tanggal 24 november 2020 pasien diajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologis distraksi kompres hangat. Penulis menyimpulkan bahwa distraksi kompres hangat dapat menurunkan keluhan nyeri.

2) Risiko infeksi (SDKI D.0142 Halaman 304)

Tindakan yang dilakukan pada masalah risiko infeksi difokuskan pada tingkat infeksi dan pencegahan infeksi. Tingkat infeksi dinilai melalui tanda-tanda adanya infeksi pada sekitar luka seperti bengkak, kemerahan, panas, nyeri, pada daerah luka, jika semua tanda infeksi tersebut terdapat pada pasien maka luka pasien dianggap mengalami infeksi. Pencegahan infeksi dilakukan dengan cara mengganti kantong kolostomi bag setiap sehabis BAB, sebelum dan sesudah memegang luka kolostomi harus menggunakan APD dan cuci tangan 6 langkah. Mempertahankan prinsip aseptik pada setiap tindakan yang dilakukan pada pasien, memonitor kadar leukosit, melakukan rawat luka kolostomi setiap 2 hari sekali.

3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI D.0080 Halaman 180)

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas difokuskan pada dukungan keluarga, dimana perawat menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien dan memberikan dukungan emosional. Sebelum itu berikan edukasi pada keluarga tentang cara perawatan kolostomi, indikasi pada pemasangan kolostomi, kapan harus mengganti kantong kolostomi serta meyakinkan pasien bahwa pemasangan kolostomi merupakan tindakan yang tidak perlu ditakuti dikarenakan pemasangan kolostomi ditujukan untuk membantu pasien agar bisa BAB dan menghindari terjadinya komplikasi penyakit dan perburukan kondisi.

4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena kondisi yang tidak berhadapan langsung dengan pasien, adapun penulis melakukan evaluasi keperawatan sebagai berikut:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077 Halaman 172)

Evaluasi pada tanggal 23-11-2020 pada pukul 14.00 WIB pasien mengatakan masih sangat nyeri pada luka bekas operasi. P: nyeri bekas luka operasi, Q: seperti ditusuk tusuk, R : di peruk sebelah kanan, S : skala 6 dari 1-10, T : nyeri saat digerakan. Hasil observasi pasien tampak lemah, pasien tampak menyeringai, pasien mengeluh nyeri dan terkadang memegagi perut bagian kanan, nafsu makan berkurang, hanya habis 3 sendok makan. Masalah nyeri akut belum teratasi Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan

Evaluasi pada tanggal 24-11-2020 pada pukul 14.00 WIB pasien mengatakan nyerinya sudah mulai berkurang setelah diberikan tindakan kompres hangat, P: nyeri bekas luka operasi, Q: seperti ditusuk tusuk, R : di peruk sebelah

kanan, S : skala 5 dari 1-10, T : nyeri saat digerakan. Hasil observasi pasien secara mandiri mampu mengendalikan nyeri dengan teknik non farmakologis, masalah nyeri akut teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 25-11-2020 pada pukul 14.00 WIB didapatkan pasien mengatakan bahwa nyerinya sudah berkurang P: nyeri bekas luka operasi, Q: seperti ditekan, R : di peruk sebelah kanan, S : skala 2 dari 1-10, T : nyeri hilang timbul. Pasien dapat menilai secara mandiri teknik non farmakologis yang dapat digunakan secara efektif untuk menurunkan skala nyeri yang dialaminya. Masalah nyeri akut teratasi sebagian advice dari dokter untuk kolaborasi pemberian analgesik.

2) Risiko infeksi (SDKI D.0142 Halaman 304)

Evaluasi pada tanggal 23-11-2020 pada pukul 14.10 WIB hasil observasi didapatkan keadaan luka bersih, warna dasar luka merah, warna kulit sekitar luka merah, luka bengkak (-), demam (-), kondisi kantong kolostomi terdapat feses dengan warna kuning konsistensi cair bau khas.

Evaluasi pada tanggal 24-11-2020 pada pukul 14.10 diapatkan hasil keadaan luka bersih, warna dasar luka berwarna merah, warna kulit sekitar luka berwarna merah, luka tidak terlihat bengkak, pasien tidak demam, kondisi kantong kolostomi terdapat feses berwarna kuning konsistensi cair dan bau khas kurang lebih 150cc. Keluarga dan pasien masih terus menanyakan tentang keadaan kolostomi bag pasien.

Evaluasi pada tanggal 25-11-2020 pada pukul 14.10 diapatkan hasil nyeri pada daerah luka sudah berkurang, keadaan kulit sekitar luka nampak bersih, luka post operasi H+3, keluarga pasien sudah lebih paham tentang cara perawatan dan penggantian kantong kolostomi, keluarga juga diajarkan tentang 5 momen cuci

tangan dan 6 langkah cuci tangan. Diagnosa resiko infeksi akan terus ada sampai nyeri pada luka operasi sudah tidak terasa.

3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI D0080 Halaman 180)

Evaluasi pada tanggal 23-11-2020 pada pukul 14.00 WIB pasien khawatir dan sangat cemas ketika melihat kondisi perutnya yang sekarang, hasil observasi didapatkan pasien tampak tegang, gelisah dan terus menanyakan tentang kolostomi bag yang ada di perutnya, pasien juga tidak berani melihat area perut yang terdapat luka, masalah ansietas belum teratasi intervensi 1,2,3,8 dilanjutkan

Evaluasi pada tanggal 24-11-2020 pada pukul 14.00 WIB pasien mentakan pada area luka masih terasa nyeri dan pasien bingung ketika di kantong kolostomi tiba tiba keluar feses tanpa ada sensasi BAB, keluarga pasien terlihat lebih antusias menanyakan cara perawatan kolostomi dan cara penggantian kolostomi

Evaluasi pada tanggal 25-11-2020 pada pukul 14.00 WIB didapatkan pasien terlihat lebih tenang dikarenakan pasien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang cara perawatan kolostomi cara penggantian kolostomi dan kapan kantong kolostomi harus diganti. Hasil evaluasi didapatkan keluarga dan pasien sudah lebih paham dengan keadaan pasien dan perasaan khawatir sudah berkurang karena sudah banyak diberikan edukasi tentang kolostomi dan keluarga selalu memberikan support pada pasien.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis Cancer Colorectal di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Cancer Colorectal maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Pengkajian paada pasien didapatkan hasil, pasien mengatakan sejak terpasang colostomi tidak bisa merasakan sensasi BAB dan pasien mengatakan setiap makan muntah serta mual, pasien juga mengatakan sebelum dioperasi, dirinya sering merasa sembelit, kadang juga diare berlebih dimana terdapat bercak darah pada feses, dan saat BAB daerah anus pasien terasa sakit saat digunakan mengejan, sehingga pasien terkadang tidak mau BAB. Saat sudah dioperasi pasien tidak lagi bisa merasakan sensai untuk BAB, tiba tiba kantong kolotominya penuh. Pasien terlihat pucat, mukosa bibir kering, pasien terpasang colostomi bag abdomen pasien terdapat lubang untuk colostomi bag dengan diamter 3cm, keadaan bag bersih dan adanya nyeri di sekitar colostomi bag skala 6 kulit di sekitar colostomi bag berwarna kemerahan, tidak ada asites pasien

muntah saat makan dan merasa mual, porsi makan 3 sendok, diet rumah sakit nasi tim, Tidak terdapat odem dan acites pada abdomen, tidak ada perbesaran hepar, tidak ada nyeri tekan bising usus 35x/menit BB SMRS : 61 Kg BB MRS : 58 KgDiagnosa Keperawatan yang muncul berdasarkan tinjauan kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, risiko infeksi dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional

- 2) Rencana Tindakan Keperawatan pada Tn A disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. Tindakan keperawatan pada pasien dengan nyeri akut difokuskan pada tindakan mandiri perawat, berupa mengajarkan pasien teknik distraksi nyeri non farmakologi *breathing exercise*, kompre hangat dan penggunaan aroma terapi. Masalah risiko infeksi difokuskan pada tingkat infeksi dan pencegahan infeksi. Tingkat infeksi di ukur dengan cara melihat tanda tanda dari infeksi seperti bengkak, kemerahan, panas. Untuk pencegahan infeksi dilakukan dengan cara mempertahankan teknik aseptik saat melakukan rawat luka, melakukan penggantian kantung kolostomi setiap kali pasien BAB. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah rawat luka. Masalah ansietas di fokuskan pada dukungan keluarga yang diberikan pada pasien tentang penggunaan kolostomi pada pasie kanker. Dukungan yang diberikan berupa emosional, spiritual serta dukungan sosial. Dukungan dari orang orang sekitar penting bagi pasien ketika mengalami kecemasan berlebih.

- 3) Implementasi Keperawatan

Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan nyeri akut difokuskan pada peran mandiri perawat yaitu mengajarkan teknik non farmakologis meredakan nyeri, masalah risiko infeksi difokuskan pada pencegahan infeksi dengan cara 6 langkah cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh luka. Masalah ansietas difokuskan melibatkan keluarga pada setiap tindakan keperawatan

4) Evaluasi Keperawatan

Pada akhir evaluasi pada tanggal 23 November 2021 masalah nyeri akut teratasi, masalah risiko infeksi teratasi sebagian dan masalah ansietas teratasi

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut, antara lain :

5.2.1 Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga mampu mengaplikasikan teknik non farmakologis yang telah diajarkan

5.2.2 Bagi Perawat

Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang cukup sehingga dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya guna menunjang kesembuhan pasien

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Guna meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional diharapkan adanya suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang

masalah kesehatan yang ada pada pasien serta penanganan yang tepat pada setiap pasien dengan klasifikasi yang berbeda

5.2.4 Bagi Mahasiswa

Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan baik formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Agung, A., Satya, N., Nyoman, N., Dewi, A., Wayan, I., Sumadi, I. W. J., & Udayana, U. (2021). *Karakteristik Pasien Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah*.
- Agung, S., Andaryani, A., & Sari, D. K. (2018). Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas dalam Terhadap Tingkat Nyeri. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*.
- Alfira, N. (2020). *Efek Akupresur Pada Titik P6 dan ST 36 untuk Mencegah Post Operative Nausea and Vomiting Pada Pasien Laparotomi*.
- Amalina, A., Suchitra, A., & Saputra, D. (2018). Hubungan Jumlah Leukosit Pre Operasi dengan Kejadian Komplikasi Pasca Operasi Apendektomi pada Pasien Apendisitis Perforasi di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(4), 491. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i4.907>
- Atapada, A. Y., Huriah, T., & Pratama, A. B. (2018). *Peran Perawat Dalam Memberikan Dukungan Spiritual Pada Pasien Kanker Di Rumah Sakit Di Surabaya*.
- Athiyah, U., Medis, K. I., Studi, P., Teknik, M., & Indonesia, U. I. (2018). *Ekstraksi Ciri untuk Pengenalan Polip dan Pendarahan Pada Citra Scan Endoskopi Kanker Kolorektal*.
- Brunner, & Suddarth. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah (Edisi 12)*. Jakarta: ECG.
- Crossa, J. L. J. J. L. J. J., Burgueño, J., Dreisigacker, S., Vargas, M., Herrera-Foessel, S. A., Lillemo, M., ... Reynolds, M. P. M. M. P. M. P. M. P. M. P. M. P. (2011). Kejadian infeksi pada pasien post operasi. *Theoretical and Applied Genetics*.
- Dewi, W. F. (2016). Peran Interaksi Sosial Terhadap Kepuasan Hidup Lanjut Usia. *Jurnal Psikologi Udayana*.
- Engantar, K. P., P, A. L. B., & Hidup, A. K. (2015). *Gambaran Kualitas Hidup dan Psikososial Pada Pasien Dengan Kanker Kolorektal dan*.
- Grayni, P., Asrifuddin, A., & Kalesaran, A. (2019). *Analisa Faktor Risiko Terjadinya Kanker Kolorektal di Rumah Sakit Sejahtera Bandung*.
- Harifiant, D. A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. B Dengan Kasus Pneumonia Di Ruang Bougenville RSUD Dr. H Koesnadi Bondowoso*.
- Ilmah, F., & Rochmah, T. N. (2015). Kepatuhan Pasien Rawat Inap Diet Diabetes Mellitus Berdasarkan Teori Kepatuhan Niven. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. <https://doi.org/10.20473/jaki.v3i1.2015.60-69>

- Khosama, Y. (2015). Tinjauan Pustakan Faktor Risiko Kanker Kolorektal. *Cermin Dunia Kedokteran*.
- La Rangki, L. R. (2018). Aspek Psikososial Pasien Pasca Kolostomi. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*.
- Mientarini, E. I., Sudarmanto, Y., & Hasan, M. (2018). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan Di Kecamatan Umbulsari Jember. *Ikesma*.
- Mutaqqin, A. (2015). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasikhatussoraya, N., Octaviani, R., & Julianti, H. (2016). Hubungan Intensitas Nyeri Dan Disabilitas Aktivitas Sehari-Hari Dengan Kualitas Hidup Pasien Dengan Kanker Kolorektal. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*.
- Nugroho, S. M., & Febriati, L. D. (2019). *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Penerimaan Pasien Post Operasi Kolostomi*.
- Padila. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medka.
- Palla, A., Sukri, M., & Suwarsi. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Iqra*.
- Prasetya, I., Agrina, & Utami, G. T. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker*.
- Putri, S., Adriani, M., & Estuningsih, Y. (2019). HUBUNGAN ANTARA NAFSU MAKAN DENGAN ASUPAN ENERGI DAN PROTEIN PADA PASIEN KANKER PAYUDARA POST KEMOTERAPI [Correlation between Appetite with Energy and Protein Intake of Post Chemotherapy Breast Cancer Patients]. *Media Gizi Indonesia*. <https://doi.org/10.20473/mgi.v14i2.170-176>
- Rahdi, D. R., Wibowo, A. A., & Rosida, L. (2016). Gambaran Faktor Risiko Pasien Kanker Kolorektal. *Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin*.
- Rahmadania, E., Wibowo, A. A., & Rosida, L. (2016). Distribusi Pola Diet Pasien Kanker Kolorektal Di Rsud Ulin Banjarmasin. *Berkala Kedokteran*.
- Rohaedi, S., Putri, S. T., & Karimah, A. D. (2018). *Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien Kanker Kolorektal*.
- Sandy, F. P. T. (2015). Infeksi Luka Operasi (ILO) Pada Pasien Post Operasi Laparotomi. *Jurnal Keperawatan Terapan*.
- SDKI, T. P. P. (2017). *STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (II)*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.

- Setiawan, B. M. (2018). *Faktor Risiko Kejadian Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Yogyakarta*.
- SIKI, T. P. P. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Utami, P. R., & Fuad, K. (2018). Gambaran Kadar Hemoglobin Pada Penderita Diabetes Melitus Komplikasi Ginjal. *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)*. <https://doi.org/10.33653/jkp.v5i1.103>
- Vini Nurul Inayah. (2017). *Gambaran Tentang Kemandirian pada Pasien dengan Diagnosa Kanker Colorektal*. Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Wasim Aktar, M., Paramasivam, M., Ganguly, M., Purkait, S., Sengupta, D., Tez, S., ... Ahmad Susanto, Teori Belajar Dan Pembelajaran Di Sekolah Dasar, (Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2013). (2018). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Kanker Kolorektal. *Biomass Chem Eng*.
- Xu, M., Urban, M., & Lyu, J. (2017). *Detection of Low Adherence in Rural Tuberculosis Patients in China: Application of Morisky Medication Adherence Scal*.
- Yuniarti, R. E., Wulandari, T. S., & Parmilah. (2020). Literature Review : Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Nyeri Post Operasi. *Jurnal Keperawatan*.
- Zahrawardani, D., Herlambang, K. S., & Anggraheny, H. D. (2016). Analisis Faktor Risiko Kejadian Kanker Kolorektal di RSUP Dr Kariadi Semarang. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Curriculum vitae

A. Biodata pribadi

1. Nama : Dwi Putri Ambarwati
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 15 Mei 1998
4. Kebangsaan : Indonesia
5. Status : Belum Menikah
6. Agama : Islam
7. Alamat : Jalan Sikatan 8 No 27 A
8. No. HP : 081335011018
9. Email : dwiputriambarwati66@gmail.com
10. Program Studi : Profesi Ners

B. Riwayat Pendidikan

1. TK HIDAYATULLAH Tahun Lulus 2003
2. SD KHADIJAH III SURABAYA Tahun Lulus 2010
3. MTsN III SURABAYA Tahun Lulus 2013
4. SMK KESEHATAN NUR MEDIKA Tahun Lulus 2016
5. STIKES HANG TUAH SURABAYA Tahun Lulus 2020

LAMPIRAN 2 Motto dan Persembahan

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO


*“Bersyukurlah atas apa yang kamu miliki, dengan rasa syukur
nikmat itu selalu ada”*

Kupersembahkan Sebagai Rasa Hormat dan Sayangku

1. Terimakasih kepada Tuhan Yang Maha Esa atas nikmat kesehatan dan rahmatnya serta doa saya yang terkabul untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan baik
2. Kedua Orang Tuaku yang selalu mendukung dalam setiap keputusan yang saya ambil
3. Terima kasih kepada Dosen pembimbing Bapak Dr Setiadi dan Dosen penguji Ibu Christine & Ibu Sri Anik Rustini yang telah memberikan semangat, kritik dan saran dengan penuh kesabaran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
4. Teman teman Wining 11 yang selalu kompak
5. Teman dekat saya jayak yang selalu sabar menemani dalam setiap langkah saya

LAMPIRAN 3 SOP Perawatan Luka Operasi


STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  STIKES HANG TUAH SURABAYA | PERAWATAN LUKA OPERASI | | |
| | No. Dokumen SOP/18/2021 | No. Revisi 0 | Halaman 1 |
| STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR | Tanggal terbit : 18 Juli 2021 | Di Tetapkan Program Studi Pendidikan Profesi Ners | |
| PENGERTIAN | Membersihkan luka, mengobati luka, dan menutup kembali luka dengan tehnik steril | | |
| TUJUAN | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk membersihkan luka 2. Mencegah masuknya kuman dan kotoran kedalam luka 3. Memberikan pengobatan pada luka 4. Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien 5. Mengevaluasi tingkat kesembuhan luka | | |
| INDIKASI | <ol style="list-style-type: none"> 1. luka baru maupun luka lama 2. luka post operasi 3. Luka bersih, luka kotor | | |
| PERSIAPAN PASIEN | <ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu pasien / keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Pasien disiapkan sesuai dengan kebutuhan tindakan di atas brankard 3. Atur posisi pasien | | |
| PERSIAPAN ALAT | <ol style="list-style-type: none"> 1. Seperangkat set perawatan luka steril 2. Sarung tangan steril 3. Pinset 3 (2 anatomis, 1 sirurgis) 4. Gunting (menyesuaikan kondisi luka) 5. Balutan kassa dan kassa steril 6. Kom untuk larutan antiseptic/larutan pembersih 7. Salep antiseptic (bila diperlukan) 8. Kasa 9. Larutan pembersih yang diresepkan (garam fisiologis, betadin,) 10. Gunting perban / plester 11. Sarung tangan sekali pakai 12. Plester, pengikat, atau balutan sesuai kebutuhan | | |

| | |
|-----------------|---|
| | 13. Bengkok 14. Perlak pengalas/ underpad 15. Kantong untuk sampah 16. Troli / meja dorong |
| PROSEDUR | ganti Balutan Kering 1. Tahap pre interaksi a. Membaca catatan perawat untuk rencana perawatan luka b. Mencuci tangan c. Menyiapkan alat 2. Tahap orientasi a. Memberikan salam, memanggil klien dengan namanya b. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien / keluarga 3. Tahap kerja a. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai b. Susun semua peralatan yang diperlukan di troly dekat pasien (jangan membuka peralatan steril dulu) c. Letakkan bengkok di dekat pasien d. Jaga privasi pasien, dengan menutup tirai yang ada di sekitar pasien, serta pintu dan jendela e. Mengatur posisi klien, instruksikan pada klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril f. Mencuci tangan secara seksamag. g. Pasang perlak pengalas h. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset i. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan. Jika masih terdapat plester pada kulit, bersihkan dengan kapas larutan NaCl j. Dengan sarung tangan atau pinset, angkat balutan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan klien k. Jika balutan lengket pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril / NaCl |

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> l. Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan, Buang balutan kotor pada bengkok, Lepas sarung tangan dan buang pada bengkok m. Buka bak instrument steril n. Siapkan larutan yang akan digunakan o. Kenakan sarung tangan steril, Inspeksi luka p. Bersihkan luka dengan larutan antiseptic yang diresepkan atau larutan garam fisiologis q. Pegang kassa yang dibasahi larutan tersebut dengan pinset steril, Gunakan satu kassa untuk satu kali usapan, Bersihkan dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi, Gerakan dengan tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka r. Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka atau insisi. Usap dengan cara seperti di atas s. Berikan salep antiseptic bila dipesankan / diresepkan, gunakan tehnik seperti langkah pembersihan t. Pasang kassa steril kering pada insisi atau luka u. Gunakan plester di atas balutan, fiksasi dengan ikatan atau balutan v. Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya w. Bantu klien pada posisi yang nyaman <ol style="list-style-type: none"> 4. Tahap Terminasi <ol style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi perasaan klien b. Menyimpulkan hasil kegiatan c. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya d. Mengakhiri kegiatan e. Mencuci dan membereskan alat f. Mencuci tangan 5. Dokumentasi <ol style="list-style-type: none"> a. Mencatat tanggal dan jam perawatan luka b. Mencatat Kondisi luka |
|--|---|

LAMPIRAN 4 SOP Pemasangan Infus

| | | | |
|--|---|---|---|
|  | STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR | | No SOP: 01 SOP – Pemasangan Infus |
| Tanggal Dibuat 18 Juli 2021 | Tanggal Berlaku 18 Juli 2021 | Nama Departemen Keperawatan Medikal Bedah | |
| Judul SOP PEMASANGAN INFUS | | No Revisi 00 | Hal. 01 |
| Dibuat oleh Dwi Putri Ambarwati, S.Kep | | Disetujui oleh | |
| <p>A. Definisi</p> <p>tindakan yang dilakukan pada pasien yang memerlukan masukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah dan waktu tertentu dengan menggunakan infus set</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh cairan elektrolit, vitamin, protein, kalori dan nitrogen. Pada klien yang tidak mampu mempertahankan masukan yang adekuat melalui mulut. 2. Memulihkan keseimbangan cairan pada pasien. 3. Memulihkan volume darah pada pasien 4. Menyediakan saluran terbuka untuk pemberian obat-obatan <p>C. Indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Syok 2. Pasien yang mengalami pengeluaran cairan berlebih 3. Intoksikasi berat 4. Sebelum tranfusi darah 5. Pasien yang membutuhkan pengobatan tertentu <p>D. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. .Bak instrument berisi hand scoon dan kasa steril 2. Infus set / cairan infus dan selang infus 3. Jarum / abocath dengan nomer yang sesuai (pada dewasa 18) | | | |

4. Alcohol swab
5. Standart infus
6. Bidai dan pembalut jika perlu
7. Perlak dan alasnya
8. Pembendung (tourniquet)
9. Plester
10. hepavic
11. Gunting
12. Bengkok
13. Cairan sesuai advis dokter, misal NaCl 0,9%, Dextrose 5% dll.

E. Prosedur

Tahap Pra Interaksi

1. Mencuci tangan (merujuk pada mencuci tangan yang baik dan benar)
2. Mempersiapkan alat.
3. Membaca status pasien untuk memastikan instruksi

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap Kerja

1. Menjelaskan kepada pasien tentang tujuan pemasangan infus
2. Menjaga privasi pasien, jika memungkinkan dengan menutup tirai
3. Mendekatkan peralatan di dekat pasien
4. Memosisikan pasien nyaman mungkin
5. Mencuci tangan lalu memakai handscoon
6. Pasang perlak atau pengalas pada tanagn pasien yang akan dipasang infus
7. Menusukkan jarum set infus ke dalam botol infus kemudian mengalirkan cairan ke selang infus berakhir di bengkok untuk mengeluarkan udara dan mengisi selang infus
8. Isi tempat tetesan infus kurang lebih separuhnya
9. Pastikan roller selang infus dalam keadaan menutup (ke arah bawah)
10. Menggantungkan selang infus pada standar infus
11. Buka abocath dari bungkusnya
12. Potong 3 lembar plester
13. Pilih pembuluh darah yang akan dipasang infus, dengan syarat :

- pembuluh darah berukuran besar, pembuluh darah tidak bercabang, pembuluh darah tidak di area persendian
14. Bendung bagian proksimal/atas dari pembuluh darah yang akan dipasang infus dengan torniquet
 15. Minta pasien menggenggamkan tangan, dengan ibu jari pasien di dalam genggaman
 16. Mendesinfeksi daerah yang akan dipasang infus
 17. Menusukkan jarum infus ke vena dengan lubang jarum menghadap keatas. Pastikan darah mengalir jarum dan abocath. Jika belum teraliri oleh darah, temukan pembuluh darah sampai darah mengalir jarum dan abocath
 18. Tourniket dilepas bila darah sudah masuk
 19. Lepas jarum sambil meninggalkan abocath di dalam pembuluh darah
 20. Tekan pangkal abocath untuk mencegah darah keluar dan masukkan ujung sela infus set ke abocath
 21. Fixasi secara menyilang menggunakan plester abocath yang sudah terpasang
 22. Alirkan cairan dari botol ke pembuluh darah dengan membuka roller. Bila tetesan lancar, jarum masuk di pembuluh darah yang benar
 23. Fixasi dengan cara kupu-kupu. Meletakkan plester dengan cara terbalik di bawah selang infus, kemudian disilangkan
 24. Menutup jarum dan tempat tusukan dengan kassa steril dan diplester
 25. Mengatur/menghitung jumlah tetesan
 26. Mengatur posisi pada anggota tubuh yang diinfus bila perlu diberi spalk
 27. Menuliskan tanggal pemasangan infus pada plester terakhir

Tahap Terminasi

1. Melakukan evaluasi tindakan
2. Berpamitan dengan pasien
3. Membereskan alat – alat
4. Mencuci tangan
5. Mencatat tindakan yang dilakukan dalam lembar catatan perawatan


Evaluasi

1. Keluhan pasien setelah dilakukan tindakan pemasangan infus
2. Aliran dan tetesan infus lancar
3. Tidak terjadi plebitis
4. Tidak terdapat perdarahan akibat pemasangan infus
5. Infus terpasang rapi
6. Pasien nyaman
7. **Dokumentasi**

Catat jam, hari, tanggal, serta respon pasien setelah dilakukan tindakan pemasangan

Sumber : (Mientarini, Sudarmanto, & Hasan, 2018)

LAMPIRAN 5 SOP Perawatan Kolostomi

| | | | |
|---|---|---|--|
|  | STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR | | No SOP: 01 SOP – Perawatan Kolostomi |
| Tanggal Dibuat 18 Juli 2021 | Tanggal Berlaku 18 Juli 2021 | Nama Departemen Keperawatan Medikal Bedah | |
| Judul PERAWATAN KOLOSTOMI | | No Revisi 00 | Hal. 01 |
| Dibuat oleh Dwi Putri Ambarwati, S.Kep | | Disetujui oleh | |
| <p>F. Definisi Perawatan kolostomi adalah membersihkan stoma kolostomi, kulit sekitar stoma, dan mengganti kantong kolostomi secara berkala sesuai kebutuhan</p> <p>G. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan pasien 2. mencegah terjadinya infeksi 3. mencegah terjadinya iritasi kulit di sekitar stoma 4. mempertahankan kenyamanan pasien dan lingkungannya <p>H. Indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indikasi pemasangan kolostomi yang permanen yaitu penyakit usus yang ganas seperti carsinoma ada usus dan kondisi infeksi tertentu pada kolon 2. Trauma kolon dan sigmoid 3. Diversi pada anus 4. Diversi pada penyakit <i>Hirschsprung</i> 5. Diversi kelainan lain seperti rekto sigmoid dan anal <p>I. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colostomy bag atau cincin tumit, bantalan kapas, kain berlubang, dan | | | |

- kain persegi empat
2. Kapas sublimate atau kapas basah, NaCL
 3. Kapas kering atau tissue
 4. Handscoon bersih
 5. Kantong untuk balutan kotor
 6. Zinc salep
 7. Perlak / pengalas
 8. Plaster dan gunting
 9. Bengkok
 10. Set ganti balut

J. Prosedur

Tahap Pra Interaksi

1. Mencuci tangan (merujuk pada mencuci tangan yang baik dan benar)
2. Mempersiapkan alat.
3. Membaca status pasien untuk memastikan instruksi

Tahap Orientasi

3. Memberikan salam dan menyapa pasien
4. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap Kerja

1. Menjelaskan kepada pasien tentang tujuan perawatan colostomi
2. Menjaga privasi pasien, jika memungkinkan dengan menutup tirai
3. Menggunakan handscoon
4. Memosisikan pasien yang nyaman atau bisa setengah duduk
5. Meletakkan perlak dan bengkok di dekat bagian yang terdapat stoma
6. Mengobservasi produk stoma yaitu warna, konsistensi, dll
7. Membuka kantong kolostomi dengan pinset dan tangan kiri menekana kulit pasien
8. Meletakkan kolostomi bag kotor dalam bengkok atau katong kotor
9. Melakukan observasi terhadap kulit stoma
10. Membersihkan luka kolostomi dan kulit di sekitar dengan menggunakan kapas sublimate/ kasa yang sudah dibasahi NaCL

11. Mengeringkan kulit colostomi dengan kasa steril kering
12. Memberikan zinc salep jika terdapat iritasi pada kulit sekitar stoma
13. Mengukur kolostomi bag sesuai dengan ukuran luka kolostomi/ stoma
14. Menempelkan kantong kolostomi vertikal/ horizontal sesuai dengan kebutuhan pasien
15. Memasukkan stoma melalui lubang kantong kolostomi
16. Meletakkan dan merekatkan kolostomi bag tanpa ada udara di dalamnya
17. Lalu rapikan tempat tidur pasien serta membersihkan alat kemudian melepas handscoon dan cuci tangan tak lupa beri pujian serta terimakasih
18. Dokumentasi

Tahap Terminasi

6. Melakukan evaluasi tindakan
7. Berpamitan dengan pasien
8. Membereskan alat – alat
9. Mencuci tangan
10. Mencatat tindakan yang dilakukan dalam lembar catatan perawatan


Evaluasi

8. Kaji ulang bagaimana perasaan pasien dan apakah terdapat nyeri
9. Keluhan pasien setelah dilakukan penggantian kolostomi bag


Dokumentasi

Catat jam, hari, tanggal, serta respon pasien setelah dilakukan tindakan pemasangan

LAMPIRAN 6 SOP Mengukur Pernapasan

| | |
|---|---|
|  | STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL MENGUKUR PERNAPASAN (RESPIRATORY RATE) |
| Pengertian | Suatu tindakan dalam menghitung jumlah pernapasan pasien dalam 1 menit |
| Tujuan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui denyut nadi selama rentan waktu 1 menit. 2. Mengetahui keadaan umum pasien |
| Persiapan Alat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan jarum penunjuk detik. 2. Pena. 3. Buku catatan |
| Persiapan Pasien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jangan beri tahu pasien bahwa perawat akan menghitung frekuensi pernapasan. 2. Pastikan pasien dalam posisi nyaman. |
| Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan kegiatan. 2. Gunakan sarung tangan bersih. 3. Menghitung pernapasan dengan menghitung turun naiknya dada sambil memegang pergelangan tangan. 4. Observasi siklus pernapasan lengkap. 5. Hitung frekuensi pernapasan selama 1 menit penuh. 6. Sambil menghitung, perhatikan apakah kedalaman pernapasan: dangkal, dalam atau normal, apakah irama regular atau irregular. 7. Catat hasil. 8. Merapikan pasien. 9. Merapikan peralatan. 10. Cuci tangan sesudah melakukan kegiatan. |
| Daftar Pustaka | Kusmiati (2010). Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan. Yogyakarta. Fitramaya. |


LAMPIRAN 7 SOP Breathing Excercise

| | |
|---|---|
|  | STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL BREATHING EXERCISE |
| Pengertian | Breathing exercise merupakan latihan napas dalam adalah merupakan bagian dari teknik pernapasan yang menekan pada inspirasi maksimum yang panjang yang dimulai dari akhir ekspirasi |
| Tujuan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan volume paru 2. Meningkatkan dan redistribusi ventilasi 3. Mempertahankan alveolus tetap mengembang 4. Meningkatkan oksigenisasi 5. Meningkatkan kekuatan dan daya tahan serta efisiensi otot-otot pernafasan |
| Persiapan Alat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pena. 2. Buku catatan 3. Musik/Mp3 |
| Persiapan Pasien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta klien mengambil posisi semi fowler 45° yang nyaman sambil memejamkan mata. 2. Pasikan privasi klien terjaga. 3. Instruksikan klien untuk mengulangi teknik ini apabila terdapat rasa nyeri, cemas, jenuh dan ketegangan otot |
| Terminasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi perasaan pasien 2. Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya <p>Dokumentasikan prosedur dan hasil observasi</p> |
| Daftar Pustaka | Puspitasari <i>et al</i> (2017). Pengaruh Terapi Latihan terhadap Congestive Heart Failure NYHA III-IV e.c Mitral Regurgitation, Trikuspidal Regurgitation, Pulmonal Hipertensi. <i>Jurnal Fisioterapi Dan Rehabilitasi (JFR)</i> , 1(1), 72–80 |
| Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Perdengarkan musik atau suara yang lembut sebagai latar belakang untuk membantu klien merasa rileks 3. Anjurkan klien untuk mengisirahatkan pikirannya. 4. Instruksikan klien untuk tarik nafas dalam melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara dan hembuskan secara perlahan melalui mulut 5. Lakukan beberapa kali sampai klien rileks 6. Intruksikan klien sambil menghembuskan udara melalui mulut secara perlahan untuk memusatkan perhaiannya pada udara yang mengalir dari seluruh tubuh yaitu tangan, kaki, menuju keparu-paru. 7. Kemudian minta klien untuk memusatkan perhatian |

| | |
|--|--|
| | <p>pada udara yang mengalir dari paru-paru dan merasakannya keluar dari tubuh</p> <ol style="list-style-type: none">8. Minta klien untuk membayangkan udara keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki, minta klien merasakan kenikmatannya.9. Dengan suara lembut, minta klien untuk memikirkan hal atau pengalaman yang menyenangkan yang membuat klien nyaman, tenang dan bahagia.10. Setelah klien merasakan ketenangan, minta klien untuk melakukan secara mandiri. |
|--|--|

Sumber : (Ilmah & Rochmah, 2015)

LAMPIRAN 8 SOP Distraksi Nyeri

| | | | |
|--|---|---|--|
|  | STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR | | No SOP: 01 SOP – Distraksi Nyeri aromaterapi |
| Tanggal Dibuat 18 Juli 2021 | Tanggal Berlaku 18 Juli 2021 | Nama Departemen Keperawatan Medikal Bedah | |
| Judul Distraksi Nyeri | | No Revisi 00 | Hal. 01 |
| Dibuat oleh Dwi Putri Ambarwati, S.Kep | | Disetujui oleh | |
| <p>A. Definisi</p> <p>Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri</p> <p style="padding-left: 40px;">Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien dengan tepat 2. Pikiran beristirahat 3. Lingkungan yang tenang <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri <p>C. Indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diberikan kepada pasien yang mengalami nyeri akut ataupun nyeri kronis <p>D. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Hand Sanitizer 12. Handscoon 13. Majalah 14. DVD / Film | | | |

15. Aroma terapi

E. Prosedur

Tahap Pra Interaksi

1. Mencuci tangan (merujuk pada mencuci tangan yang baik dan benar)
2. Mempersiapkan alat.
3. Membaca status pasien untuk memastikan instruksi

Tahap Orientasi

5. Memberikan salam dan menyapa pasien
6. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap Kerja

1. Menjelaskan kepada pasien tentang tujuan pemberian distraksi nyeri
2. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya
3. Menjaga privasi pasien, jika memungkinkan dengan menutup tirai
4. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien agar pasien rileks dan usahakan menghindari bertambahnya nyeri
5. Menanyakan aroma terapi yang disukai pasien dan menyalakan aroma terapi
6. Mencuci tangan
7. Memakai sarung tangan / Handscoon
8. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
9. Intruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkanya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya rasanya
10. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
11. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh

12. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya
13. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
14. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri

Tahap Terminasi

1. Melakukan evaluasi tindakan
 2. Berpamitan dengan pasien
 3. Membereskan alat – alat
 4. Mencuci tangan
 5. Mencatat tindakan yang dilakukan dalam lembar catatan perawatan

Evaluasi


10. Kaji ulang pernapasan pasien, observasi Nadi dan tekanan darah pasien
11. Kaji ekspresi pasien apakah skala nyeri berkurang
12. Keluhan pasien setelah dilakukan tindakan distraksi relaksasi nyeri

Dokumentasi

15. Catat jam, hari, tanggal, serta respon pasien setelah dilakukan tindakan pemasangan

Sumber : (Xu, Urban, & Lyu, 2017)

LAMPIRAN 9 SOP Kompres Hangat

| | | | |
|---|--|---------------------|---------|
|  | <p>PROSEDUR PEMBERIAN KOMPRES HANGAT</p> | | |
| | No. Dokumentasi | No. revisi | Halaman |
| | 011/SPO/RSBN/III/2017 | | 1-3 |
| Standar Prosedur Operasional Kompres Hangat | Tanggal terbit 18 Juli 2021 | Dwi Putri Ambarwati | |
| Pengetian | Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. | | |
| Tujuan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperlancar sirkulasi darah 2. Menurunkan suhu tubuh 3. Mengurangi rasa sakit 4. Memberi rasa hangat, nyaman, dan rasa tenang pada klien. | | |
| Indikasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien hipertermi (suhu tubuh yang tinggi) 2. Klien dengan perut kembung 3. Spasme otot | | |
| Persiapan Alat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Air panas 2. Washlap/buli-buli panas 3. Pengalas/perlak 4. Handuk kering 5. Kom 6. Sarung tangan | | |

| | |
|------------------|--|
| Persiapan pasien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital atau tingkat nyeri pada pasien 2. Menjelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan dan kontrak waktu |
| Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam therapeutic 2. Identifikasi kembali pasien dan periksa tanda-tanda vital 3. Memberitahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai 4. Menyiapkan alat-alat sesuai kebutuhan (kompres hangat basah atau kompres hangat kering) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jika kompres hangat kering : <ol style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan buli-buli b. Membuka tutupnya dan isi dengan air panas secukupnya c. Mengeluarkan udaranya d. Menutup buli-buli dengan rapat ✓ Jika kompres hangat basah : <ol style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan air hangat kedalam kom b. Membasahi washlap dengan air hangat 5. Mendekatkan alat-alat kesisi tempat tidur pasien 6. Posisikan pasien senyaman mungkin 7. Mencuci tangan 8. Memakai sarung tangan 9. Meletakkan perlak/pengalas 10. Membasahi washlap dengan air hangat dan letakkan dikepala pasien 11. Kompres hangat kering diletakkan pada bagian yang nyeri dengan buli-buli hangat dibungkus dengan kain dan sebelum diberikan pada pasien, test alat dengan cara membalikkan alat yaitu posisi tutup berada dibawah |

| | |
|--------------|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 12. Kompres hangat diletakkan dibagian tubuh yang memerlukan (dahi, axila, lipatan paha) 13. Meminta pasien untuk mengungkapkan rasa ketidak nyaman saat dikompres 14. Mengkaji kembali kondisi kulit disekitar pengompresan, hentikan pengompresan jika ditemukan tanda-tanda kemerahan. 15. Merapikan pasien keposisi semula 16. Memberitahu bahwa tindakan sudah selesai 17. Bereskan alat-alat yang telah digunakan dan melepaskan sarung tangan 18. Mencuci tangan 19. Mengkaji respon pasien (respon subjektif dan objektif) 20. Mendokumentasikan pada catatan keperawatan |
| Unit terkait | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruangan rawat inap 2. Ruangan bersalin 3. UGD |

Sumber : (Dewi, 2016)