

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA
PASIEN TN. D DIAGNOSA MEDIS *PRO REVERSE STOMA*
DENGAN *CA COLON* DI RUANG OK CENTRAL RSPAL
Dr.RAMELAN SURABAYA**



Disusun Oleh:

REZA MEIDITA SARI, S.Kep
NIM. 213.0047

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA
PASIEN TN. D DIAGNOSA MEDIS *PRO REVERSE STOMA*
DENGAN *CA COLON* DI RUANG OK CENTRAL RSPAL
Dr.RAMELAN SURABAYA**

Karya Ilmiah Akhir diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners



Disusun Oleh:

REZA MEIDITA SARI, S.Kep
NIM. 213.0047

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 07 Juli 2022

Reza Meidita Sari, S.Kep
NIM. 213.0047

HALAMAN PERSETUJUAN

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Reza Meidita Sari

Nim : 213.0047

Program studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. D
dengan diagnosa medis *Pro Reverse Stoma* Dengan *Ca Colon*
di Ruang OK CENTRAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns.)

Pembimbing I

Pembimbing II

Ninik Ambar Sari., S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 03039

Tri Sunu Probolaksono, S.Kep.,Ns.
TK I III D NIP.197306171994031005

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 07 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Reza Meidita Sari

Nim : 213.0047

Program studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. D dengan
diagnosa medis *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* Di
Ruang OK CENTRAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES
Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS” pada Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji : **Iis Fatmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kes**
Ketua NIP. 03067

Penguji I : **Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep**
NIP. 03039

Penguji II : **Tri Sunu Probolaksono, S.Kep.,Ns.**
TK I III D NIP.197306171994031005

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya Ka Prodi
Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus S., S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal: 07 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas berkah, rahmat dan hidayah-Nya yang senantiasa dilimpahkan kepada 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 dalam penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, dan masih banyak kekurangan, Oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini. terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan kali ini dengan segala kerendahan hati perkenankanlah penulis untuk mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M. selaku Kepala Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Laksamana Pertama (Purn) DR.A.V.Sri Suhardiningsih,S.Kp.,M.Kep. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dr. Hidayatus S., S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Peendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners

5. Ibu Iis Fatmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji ketua yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku pembimbing institusi dan penguji kesatu kedua yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak Tri Sunu Probolaksono, S.Kep.,Ns. selaku pembimbing lahan dan penguji kedua yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Ka perpustakaan dan seluruh staff perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Seluruh staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan.
10. Responden dan keluarga responden yang sudah bersedia dengan setulus hati dan memberik tanggapan yang positif kepada saya untuk kelancaran proses pengambilan data
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir.
12. Rekan-rekan Profesi, seangkatan 12, dan sealmamater yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini terimakasih telah bekerja sama dengan baik.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih juga dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan semua terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 07 Juli 202
Penulis

Reza Meidita Sari, S.Kep
NIM. 213.0047

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Karya Ilmiah Akhir	5
1.4.1 Secara Teoritis.....	5
1.4.1 Secara Praktis	5
1.5 Metode	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	7
1.5.4 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep <i>Ca Colon</i>	8
2.1.1 Definisi <i>Ca Colon</i>	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi	8
2.1.3 Etologi.....	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	9
2.1.5 Patofisiologi	10
2.1.6 Komplikasi	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	12
2.1.8 Penatalaksanaan	13
2.2 Konsep Kolostomi	14
2.2.1 Definisi.....	14
2.2.2 Indikasi.....	14
2.2.3 Jenis-jenis Kolostomi	15
2.2.4 Komplikasi.....	16
2.2.5 Perawatan	17
2.3 Konsep <i>Perioperatif</i>	17
2.3.1 Fase Pelayanan Perioperatif	18
2.4 Konsep Pre Operasi.....	18
2.4.1 Pemeriksaan Fisik	19
2.4.2 Persiapan Penunjang	19
2.4.3 Pemeriksaan Status Ansietas	20
2.4.4 <i>Inform Consent</i>	21
2.4.5 Pemeriksaan Status Mental	22
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan	23

2.5.1 Pemeriksaan Status Mental	24
2.5.2 Diagnosa Keperawatan	25
2.5.3 Intervensi Keperawatan.....	26
2.5.4 Implementasi Keperawatan	40
2.5.5 Evaluasi Keperawatan.....	40
2.6 WOC <i>Ca Colon</i>	41
BAB 3 TINJAUAN KASUS	42
3.1 Pengkajian	42
3.1 Data Dasar	42
3.2 Pemeriksaan Fisik	43
3.3 Pengkajian	44
3.2 Pengkajian	44
3.2.1 Analisa Data Pre Operasi	46
3.2.2 Analisa Data Intra Operasi	47
3.2.3 Analisa Data Post Operasi.....	48
BAB 4 PEMBAHASAN	53
4.1 Pengkajian Keperawatan	53
4.2 Identitas	53
4.3 Keluhan Utama	54
4.4 Pemeriksaan Fisik.....	55
4.5 Diagnosa Keperawatan	56
4.5.1 Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional	56
4.5.2 Hipotermia Berhubungan Dengan Terpapar Suhu Lingkungan Rendah.....	57
4.5.3 Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik	57
4.5.4 Nausea Berhubungan Dengan Agen Farmakologi	57
4.5 Intervensi Keperawatan	58
4.5 Evaluasi Keperawatan	58
BAB 5 PENUTUP	59
5.1 Kesimpulan.....	59
5.2 Saran	60
DAFTAR PUSTAKA	61

DAFTAR TABEL

2.1 Intervensi Pre Operasi	26
2.1 Intervensi Intra Operasi	27
2.1 Intervensi Post Operasi	29
3.1 Diagnosis Keperawatan Pre Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	50
3.2 Intervensi Keperawatan Pre Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	51
3.3 Implementasi dan evaluasi Keperawatan Pre Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	54
3.4 Diagnosis Keperawatan Intra Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	56
3.5 Intervensi Keperawatan Intra Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	57
3.6 Implementasi dan evaluasi Keperawatan Intra Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	58
3.7 Diagnosis Keperawatan Post Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	60
3.8 Intervensi Keperawatan Post Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	62
3.9 Implementasi dan evaluasi Keperawatan Post Operatif pada T n .D dengan Diagnosa Medis <i>Pro Reverse Stoma</i>	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.1 Usus Besar (Info Kesehatan, n.d.)	8
--	---

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN

AORN	:Association of periOperative Registered Nurses
ASA	: <i>American Society of Anesthesiologist</i>
DRE	: <i>Digital Rectal Examination</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
ETT	: <i>Endotracheal Tube</i>
EVM	: <i>Eye Verbal Motorik</i>
FOBT	: <i>Fecal Occult Blood Test</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GLOBOCAN	: <i>Global Burden of Cancer</i>
PONV	: <i>Post Operative Nausea Vommiting</i>
RISKESDAS	:Riset Kesehatan Dasar
SOP	:Standar Prosedur Operasional
TTV	:Tanda-tanda Vital
URJ	:Unit Rawat Jalan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

SIMBOL

<	:Kurang Dari
>	:Lebih Dari
%	:Persen
°	:Celcius

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular masih menjadi masalah di setiap negara. Perubahan gaya hidup dan paparan jangka panjang terhadap faktor risiko (Ghoncheh, 2016). Kanker masih menjadi masalah kesehatan bagi sebagian besar masyarakat di dunia, termasuk Indonesia. Kanker kolon merupakan penyakit terbesar ketiga yang dapat membunuh manusia, dan juga merupakan masalah yang sangat serius yang memerlukan penanganan yang tepat oleh dokter, kanker usus besar belum dapat disembuhkan bagi penderitanya terutama yang sudah mengalami stadium lanjut. (Kumala sari & Arif muttaqin, 2014). Pasien dengan kanker kolon biasanya akan mengeluh diare atau sembelit, ditemukan darah di feses, feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya, sakit perut, kram perut, kehilangan berat badan tanpa alasan yang tidak diketahui, mual dan muntah (Sayuti & Nouva, 2019). Pasien dengan kanker kolon akan terganggu kebutuhan dasar fisiologisnya seperti kebutuhan nutrisi dan eliminasi (Abraham H. Maslow, 2013). Pada pasien kanker kolon akan terganggu kebutuhan nutrisinya karena nyeri kolik pada perut akan muncul gejala obstruksi lainnya seperti mual dan muntah yang membuat pasien tidak mau makan, dan juga akan mengganggu kebutuhan eliminasi karena meningkatnya probabiliti yang mendasari kejadian kanker kolon biasanya saat BAB akan bercampur dengan darah, akan nyeri saat mengejan, diare dengan frekuensi yang sering dan konsistensi cair (Society, 2014).

Data dari *Global Burden of Cancer* (GLOBOCAN) yang dirilis oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan bahwa jumlah kasus kematian akibat kanker kolon yaitu 9,2% dengan angka 881,000 (Society, 2014). Kanker yang sering terjadi pada wanita urutan ke tiga terbesar setelah kanker payudara dan leher rahim. Kanker kolon pada pria, ini adalah yang kedua setelah kanker paru-paru dan ketiga setelah kanker prostat (Society,

2014). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menyatakan prevalensi penderita kanker kolon di Jawa Timur sebanyak 1,6% menduduki peringkat ke sebelas dari berbagai provinsi di Jawa Timur (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)., 2013). Data prevalensi di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya didapatkan dari bulan April – Juni pasien dengan total keseluruhan 1,315 dengan total pasien *Malignant neoplasm of rectosigmoid junction* berjumlah 2 pasien.

Kanker Kolon disebabkan karena adanya keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon yaitu bagian terpanjang dari usus besar dan atau rektum bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus (John Hopkins Medicine Colon Cancer Centre, 2015). Penyebab dari kanker kolon ini belum diketahui secara pasti tetapi ada beberapa faktor penyebab dari kanker kolon antara lain: genetik, faktor lingkungan aktivitas fisik, obesitas, merokok dan mengkonsumsi alkohol (Society, 2019). Polip jinak bisa menjadi ganas dan bisa masuk dengan merusak jaringan yang normal serta meluas ke struktur sekitarnya. Sel kanker bisa terlepas dari tumor primer dan akan menyebar ke sebagian tubuh. Pertumbuhan sel kanker dapat menghasilkan efek sekunder, yang meliputi penyumbatan lumen usus dengan obstruksi dan ulerasi pada dinding usus dan ditambah dengan perdarahan (Desen, W. and Japaries, 2013). Tingkatan kanker kolon dari duke yaitu: stadium 1, stadium 2, stadium 3, dan stadium 4. Ada beberapa gejala yang akan dirasakan oleh pasien kanker kolon seperti: perdarahan pada rektal, perubahan pada usus terutama pada pasien yang usia lanjut, dan nyeri akut disekitar abdomen (Menon, J. and Mustafa, 2016). Pada kanker kolon biasanya didapatkan masalah keperawatan, pada pre operasi: nyeri akut dan konstipasi (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Pada saat pembedahan yang dilakukan pada pasien kanker kolon ini biasanya beberapa pasien akan mengalami masalah keperawatan seperti nyeri akut, defisit nutrisi, perubahan pola eliminasi, resiko infeksi, dan gangguan citra tubuh. Kanker kolon jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan nekrosis stoma akan tampak hitam atau gelap, stenosis penyempitan stoma,

retraksi berkurang atau hilangnya tingkat masuknya stoma ke dinding abdomen, prolaps panjang tangkai berlebihan, herniasi terdapat usus pada jaringan subkutan (Manggarsari, 2013).

Besarnya angka kejadian Kanker Kolon menjadi alasan pentingnya untuk modalitas terapi lain, seperti kemoterapi dan radioterapi. Kemoterapi dapat dilakukan sebelum atau setelah pembedahan / radioterapi, atau sebagai tindakan paliatif (Sari *et al.*, 2019). Terapi yang banyak diberikan padapenderita kanker kolon di Rumah Sakit yaitu berupa kolostomi atau pembuatan stoma (Saputra *et al.*, 2020). Kolostomi yaitu lubang menembus dinding perut yang digunakan sebagai tempat buang air besar. Tindakan ini bisa bersifat sementara atau permanen. Jika usus tersumbat oleh tumor, kolostomi dilakukan (Saputra *et al.*, 2020). Lubang kolostomi yang ada dipermukaan perut berupa mukosa kemerahan disebut juga dengan stoma. (Nurhayati *et al.*, 2017). Prosedur operasi ini akan memberikan suatu reaksi emosional bagi pasien seperti ketakutan atau perasaan tidak tenang, marah dan khawatir, oleh karena itu perawat mengajarkan teknik relaksasi, distraksi, meditasi, dan imajinasi untuk mengurangi kecemasan pada pasien (Setiani, 2017). Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* di ruang Ok Cetrnal RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* di ruang Ok Cetrnal RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* di ruang Ok Central. Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan

Laut (RSPAL) Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada Tn. D *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* di ruang Ok Cetral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* di ruang Ok Cetral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing – masing diagnosis keperawatan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* di ruang Ok Cetral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* di ruang Ok Cetral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melaksanakan evaluasi hasil keperawatan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma Dengan Ca Colon* di ruang Ok Cetral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4. Manfaat Karya Ilmiah Akhir

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat – manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1.4.1 Secara Teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit sehingga perawat mampu menerapkan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Pro Reverse Stoma dengan Ca Colon*.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi institusi Rumah Sakit

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit sehingga perawat mampu menerapkan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Pro Reverse Stoma* dengan *Ca Colon*.

2. Bagi keluarga dan klien.

Karya ilmiah akhir ini sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit Kolostomi dan sebagai masukan dalam merawat keluarga dengan diagnosa *Pro Reverse Stoma* dengan *Ca Colon*.

3. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang tindakan keperawatan pasien dengan *Pro Reverse Stoma* dengan *Ca Colon* sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode

1.5.1 Metode

Metode penulisan ini di gunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Adapun langkah – langkah yang diambil penulis dalam karya ilmiah akhir ini yaitu studi kepustakaan, wawancara, observasi, pemeriksaan.

1.5.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan yaitu: data primer, data sekunder, dan data studi kepustakaan.

1.6 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya ilmiah akhir secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, halaman persetujuan, surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran, singkatan.
2. Bagian inti meliputi bab, masing- masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusahn masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang teori mengenai konsep penyakit *Ca Colon*, konsep Kolostomi, Konsep Perioperatif, konsep keperawatan Pre. Operasi, konsep Asuhan Keperawatan, WOC *Ca Colon*

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Pro Reverse Stoma* dengan *Ca Colon*.

BAB 4: Pembahasan yaitu berisi tentang analisis masalah yang ditinjau dari perpustakaan, hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dan opini penulis.

BAB 5: Penutup yang berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir yang terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan landasan teoritis yang mendasari masalah yang akan diteliti, meliputi: 1) Konsep *Ca Colon*, 2) Konsep kolostomi, 3) Konsep Perioperatif, 4) Konsep keperawatan Pre Operasi, 5) Konsep Asuhan Keperawatan, 6) WOC *Ca Colon*.

2.1 Konsep *Ca Colon*

2.1.1 Definisi

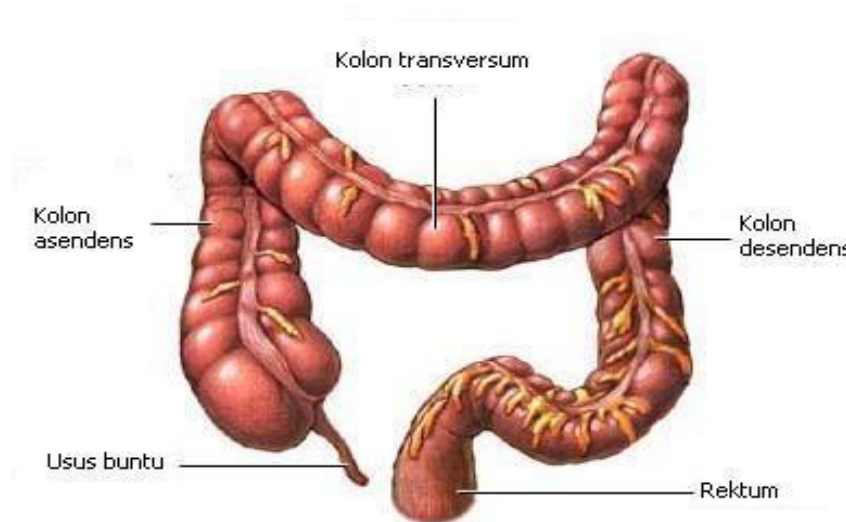
Kanker kolon adalah kanker yang menyerang usus besar, bagian terakhir dari sistem pencernaan (kemenkes, 2016). Kanker kolon adalah tumor yang disebabkan oleh permukaan luminal usus besar. Lokasinya meliputi sekum, kolon asendens, kolon transversum, kolon desendens, kolon sigmoid, dan rektum (Ferri, 2018).

Kanker kolon adalah tumor ganas yang berasal dari jaringan epitel usus besar atau rektum. Kanker kolon mengacu pada tumor ganas yang ditemukan di usus besar dan rektum. Usus besar dan rektum adalah bagian dari usus besar dalam sistem pencernaan, juga dikenal sebagai saluran pencernaan (Sayuti & Nouva, 2019). Kanker kolon merupakan keganasan yang sangat heterogen yang disebabkan oleh interaksi faktor genetik dan lingkungan (Sari *et al.*, 2019).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Usus besar atau kolon dalam anatomi bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi organ ini menyerap air dan feses, pada dasarnya kolon terbagi atas kolon menaik (*ascenden*), kolon melintang (*transverse*), kolon menurun (*descenden*), kolon sigmoid dan rektum. Bagian kolon usus buntu hingga pertengahan kolon disebut dengan kolon kanan,

dan bagian sisanya sering disebut kolon kiri (Diyono Mulyanti, 2013).



Gambar 2.1.1 Usus Besar (Info Kesehatan, n.d.). s

2.1.3 Etiologi

Penyebab pasti kanker kolorektal tidak diketahui kanker lainnya. Namun, beberapa faktor diyakini mempengaruhi terjadinya kanker kolorektal, seperti:

1. Genetika

Hingga 30% orang dengan kanker kolorektal memiliki keluarga juga menderita penyakit yang sama. orang-orang dengan tingkat keluarga

Orang pertama yang didiagnosis menderita kanker kolorektal 2 sampai 4 kali lebih mungkin untuk memiliki penyakit yang sama. Kerentanan genetik terhadap kanker kolorektal termasuk sindrom Lynch dan poliposis adenomatosa familial. Oleh karena itu, perlu ditanyakan tentang riwayat keluarga semua pasien kanker kolorektal (Society, 2019).

2. Faktor lingkungan

Faktor yang mempengaruhi lingkungan adalah pola makan. Tingginya asupan protein hewani, lemak, dan rendah serat diduga menjadi salah satu faktor tingginya angka kejadian kanker kolorektal. Asupan lemak yang tinggi menghasilkan banyak sekresi empedu, dan

hasil penguraian asam empedu juga sangat kaya, aktivitas enzim bakteri anaerob usus juga meningkat, yang meningkatkan karsinogen di saluran usus dan menyebabkan kanker kolorektal. Makan lebih banyak serat dapat mengurangi risiko kanker kolorektal pada individu dengan diet tinggi lemak (Doherty, 2017).

3. Aktivitas Fisik

Sebuah tinjauan literatur ilmiah telah menemukan bahwa seorang yang aktif dari segi fisik mempunyai risiko 25% lebih rendah terkena kanker usus berbanding seseorang yang tidak aktif. Sebaliknya pada pasien *ca colon* yang kurang aktif mempunyai risiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang lebih aktif (Society, 2019).

4. Obesitas

Obesitas atau kegemukan dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi terjadinya kanker kolorektal pada laki-laki dan kanker usus pada perempuan. Obesitas perut atau yang bisa dilihat dari lingkaran perut merupakan faktor risiko yang lebih penting berbanding obesitas keseluruhan baik pada laki-laki dan perempuan (Society, 2019).

5. Merokok dan Alkohol

International agency for research on cancer melaporkan bahwa ada bukti yang dapat menyimpulkan bahwasanya tembakau yang ada pada rokok dapat menyebabkan kanker kolorektal. *Ca Colon* ini juga dapat dikaitkan dengan konsumsi alkohol berat ataupun sedang. Seseorang yang mempunyai kebiasaan hidup dengan mengkonsumsi alkohol 2 hingga 4 minuman per hari memiliki risiko 23% lebih tinggi terkena *Ca colon* dibandingkan dengan mereka yang mengkonsumsi 1 minuman per hari (Society, 2019).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Presentasi klinis kanker kolorektal bervariasi dan tidak spesifik, tergantung di mana tumor berada di usus dan apakah telah bermetastasis di tempat lain. Gejala – gejala yang ada pada penderita kanker usus besar, antara lain :

1. Perdarahan rektal merupakan keluhan utama pada 20-50% kasus kanker kolorektal.

Pasien yang mengalami perdarahan dengan satu atau lebih gejala berikut harus segera dirujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut.

2. Sekitar 39-85% pasien dengan *ca colon* sering menemukan perubahan tipe usus. Gejala berikut meningkatkan potensi risiko kanker kolorektal:
 3. Perubahan pola usus, terutama pada pasien usia lanjut.
 - A. Perubahan pola BAB terutamanya pada pasien lanjut usia.
 - B. Riwayat diare darah atau lendir harus meminta pendapat ahli.
 - C. Riwayat diare baru-baru ini, konsistensi sering dan berair.
 4. Nyeri pada perut pasien kanker kolorektal kemungkinan tanda dari obstruksi yang terjadi . Nyeri kolik perut dengan gejala obstruksi lain seperti mual, muntah harus segera diperiksa.
5. Gejala yang lain yaitu kehilangan darah kronis; anemia defisiensi besi, kelelahan, lesu ; sering dijumpai pada tumor sisi kanan.
 - a. Massa abdomen.
 - b. Pada pemeriksaan *Digital Rectal Examination* (DRE) mungkin dijumpai massa yang dapat diraba pada kanker rektal. (Menon, J. and Mustafa, 2016).

2.1.5 Patofisiologi

Kanker kolon 95% adernokasinoma muncul dari epitel usus. Polip jinak bisa jadi ganas menyusup serta merusak jaringan normal dan serta meluas ke struktur sekitar. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar sebagian tubuh yang lain (paling sering ke organ hati). Pertumbuhan sel kanker dapat menghasilkan efek sekunder, meliputi penyumbatan lumen usus dengan obtruksi dan ulserasi pada dinding usus serta pendarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan perforasidan abses, serta timbulnya metastase pada jaringan lain (Desen, W. and Japaries, 2013). Prognosis relative baik bila lesi terbatas pada mukosa dan submukosa pada saat resekt dilakukan, dan jauh lebih jelek bila metatase ke kelenjar limfe. Tingkatan *ca colon* dariduke sebagai berikut :

1. Stadium 1 : Hanya terbatas pada mukosa kolon (dinding rectum dan kolon).
2. Stadium 2 : Menembus dinding otot, tapi belum metatase.
3. Stadium 3 : Melibatkan kelenjar limfe.
4. Stadium 4 : Metatase kelenjar limfe yang berjauhan dan organ lain (Diyono Mulyanti, 2013).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi berhubungan dengan bertambahnya pertumbuhan pada lokasi tumor atau melalui penyebaran metastase yang termasuk :

1. Nekrosis

Komplikasi akut dini akibat vaskularisasi yang tidak memadai pada stoma sehingga jaringan disekitar stoma tidak mendapatkan vaskularisasi yang baik. Biasanya stoma akan tampak hitam atau ungu gelap.

2. Stenosis

Penyempitan stoma atau orifisium kutan biasanya akibat defek kecil pada kulit atau iskemia kronis stoma.

3. Retraksi

Berkurang/hilangnya tangkal atau masuknya stoma ke dalam dinding abdomen, biasanya akibat tegangan pada usus yang digunakan

4. Prolapse

Panjang tangkai berlebihan, akibat defek kulit yang longgar atau efek kronis peristaltic usus, lebih sering terjadi pada stoma *loop*, khususnya kolostomi *loop*.

5. Herniasi

Terdapat usus pada jaringan sekunder. Biasanya akibat lubang terbuka yang terlalu besar pada dinding otot abdomen.

- a. Herniasai merupakan komplikasi stoma jangka panjang yang sering terjadi.

Herniasi sering menyebabkan masalah dengan perlekatan alat stoma.

b. Dermatitis peristoma

Terdjadi akibat tumpahnya isi stoma ke kulit sekitarnya atau trauma pada penggantian alat.

c. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

Biasanya hanya menjadi masalah pada *ileostomy* (terutama segera setelah pembentukan stoma, bila letaknya tinggi pada usus halus atau terjadi gastroenteritis).

Biasanya tumor menyerang pembuluh darah dan sekitarnya yang menyebabkan pendarahan. Tumor tumbuh kedalam usus besar dan secara berangsur-angsur membantu usus besar dan pada akhirnya tidak bisa sama sekali. Perluasan tumor melebihi perut dan mungkin menekan pada organ yang berada disekitarnya (Uterus, urinary bladder,dan ureter) dan penyebab gejala-gejala tersebut tertutupi oleh kanker.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Ada beberapa hal pada pemeriksaan kanker kolon, antara lain:

1. *Digital Rectal Examination* (DRE), adalah pemeriksaan yang sederhana dan dapat dilakukan oleh semua dokter dengan memasuki jari yang sudah dilapisi sarung tangan dan zat pelumasan kedalam dubur kemudian memeriksa bagian dalam rektum. Bila ada tumor di rektum akan teraba dan diketahui dengan pemeriksaan ini (Wendy, 2013).
2. *Double-contrast barium enema*, adalah pemeriksaan radiologi dengan sinar rontgen pada kolon dan rektum. Penderita diberikan enema dengan larutan barium dan udara yang dipompakan ke dalam rektum Kemudian difoto. Dan dilihat seluruh lapisan dinding dapat dilihat apakah normal atau ada kelainan (Hingorani, M., dan Sebag-Montefiore, D., 2011)
3. *Fecal Occult Blood Test* (FOBT), kanker maupun polip dapat menyebabkan pendarahan dan tes FOB dapat mendeteksi adanya darah pada tinja. Bila tes ini

mendeteksi adanya darah, harus dicari dari mana sumber darah tersebut, apakah dari rektum, kolon atau bagian usus lainnya dengan pemeriksaan yang lain. Penyakit wasir juga dapat menyebabkan adanya darah dalam tinja. Tes Singlestool sample pada FOBT (*Fecal Occult Blood Test*) hasilnya tidak memuaskan sebagai skrining kanker kolorektal dan tidak direkomendasikan.

4. *Sigmoidoscopy*, adalah suatu pemeriksaan dengan suatu alat berupa kabel seperti kabel kopling yang diujungnya ada alat petunjuk yang ada cahaya dan bisa diteropong. Alat ini dimasukkan melalui lubang dubur kedalam rektum sampai kolon sigmoid, sehingga dinding dalam rektum dan kolon sigmoid dapat dilihat. Bila ditemukan adanya polip, dapat sekaligus diangkat. Bila ada masa tumor yang dicurigai kanker, dilakukan biopsi, kemudian diperiksakan ke bagian patologi anatomi untuk menentukan ganas tidaknya dan jenis keganasannya.
5. Scan (misalnya, MR1. CZ: gallium) dan ultrasound: Dilakukan untuk tujuan diagnostic, identifikasi iagnostic, dan evaluasi respons pada pengobatan.
6. Biopsi (aspirasi, eksisi, jarum): Dilakukan untuk diagnostic banding dan menggambarkan pengobatan dan dapat dilakukan melalui sum-sum tulang, kulit, organ dan sebagainya.
7. Jumlah darah lengkap dengan diferensial dan trombosit: Dapat menunjukkan anemia, perubahan pada sel darah merah dan sel darah putih: trombosit meningkat atau berkurang.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dari kanker kolorektal pembedahan dan keperawatan antara lain:

1. Pembedahan

Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker kolondan rektal, pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolostomi laparoskopik dengan polipektomi merupakan suatu

prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskop digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon, massa tumor kemudian di eksisi. Reseksi usus diindikasikan untuk kebanyakan lesi kelas A dan semua kelas B serta lesi C. Pembedahan kadang dianjurkan untuk mengatasi kanker kolon kelas D. Tujuan pembedahan dalam situasi ini adalah paliatif. Apabila tumor sudah menyebar dan mencakup struktur vital sekitar, operasi tidak dapat dilakukan. Tipe pembedahan tergantung dari lokasi dan ukuran tumor. Prosedur pembedahan pilihan adalah sebagai berikut.

- a. Reseksi segmental dengan anastomosis (pengangkatan tumor dan porsi usus pada sisi pertumbuhan, pembuluh darah dan nodus limfatik)
- b. Reseksi abominoperineal dengan kolostomi signoid permanen (pengangkatan tumor dan porsi sigmoid dan semua rektum serta sfingter anal)
- c. Kolostomi sementara diikuti dengan reseksi segmental dan anastomosis serta reanastomosis lanjut dari kolostomi
- d. Kolostomi permanen atau ileostomy (untuk menyembuhkan lesi obstruksi yang tidak dapat direseksi)

2. Penyinaran (Radioterapi)

Terapi radiasi memakai sinar gelombang partikel berenergi tinggi misalnya sinar X, atau sinar gamma, difokuskan untuk merusak daerah yang ditumbuhi tumor, merusak genetic sehingga membunuh kanker. Terapi radiasi merusak sel-sel yang pembelahan dirinya cepat, antara lain sel kanker, sel kulit, sel dinding lambung & usus, sel darah. Kerusakan sel tubuh menyebabkan lemas, perubahan kulit dan kehilangan nafsu makan.

3. Kemothepary

Chemotherapy memakai obat anti kanker yang kuat, dapat masuk ke dalam sirkulasi darah, sehingga sangat bagus untuk kanker yang telah menyebar. Obat chemotherapy ini ada kira-kira 50 jenis. Biasanya di injeksi atau dimakan, pada

umumnya lebih dari satu macam obat, karenadigabungkan akan memberikan efek yang lebih bagus.

4. Difersi vokal untuk kanker kolon dan rektum

Berkeanaan dengan teknik perbaikan melalui pembedahan, kolostomi dilakukan pada kurang dari sepertiga pasien kanker kolorektal. Kolostomi adalah pembuatan lubang (stoma) pada kolon secara bedah. Stoma ini dapat berfungsi sebagai difersi sementara atau permanen. Ini memungkinkan drainase atau evakuasi isi kolon keluar tubuh. Konsistensi drainase dihubungkan dengan penempatan kolostomi yang ditentukan oleh lokasi tumor dan luasnya invasi pada jaringan sekitar.

5. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Dukungan adaptasi dan kemandirian
- b. Meningkatkan kenyamanan
- c. Mempertahankan fungsi fisiologis optimal
- d. Mencegah komplikasi
- e. Memberikan informasi tentang proses atau kondisi penyakit, prognosis, dan kebutuhan pengobatan.

6. Penatalaksanaan Diet

- a. Cukup mengkonsumsi serat, seperti sayur – sayuran dan buah – buahan Serat dapat melancarkan pencernaan dan buang air besar sehingga berfungsi menghilangkan kotoran dan zat yang tidak berguna di usus, karena kotoran yang terlalu lama mengendap di usus akan menjadi racun yang memicu sel kanker.
- b. Kacang – kacangan (lima porsi setiap hari)
- c. Menghindari makanan yang mengandung lemak jenuh dan kolesterol tinggi terutama yang terdapat pada daging hewan.
- d. Menghindari makanan yang diawetkan dan pewarna sintetis, karena hal tersebut dapat memicu sel karsinogen / sel kanker.

- e. Menghindari minuman beralkohol dan rokok yang berlebihan.
- f. Melaksanakan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur.

2.2 Konsep Kolostomi

2.2.1 Definisi

Kolostomi adalah pembuatan lubang sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut dengan tindakan bedah bila jalan ke anus tidak bisa berfungsi, dengan cara mengalihkan aliran feses dari kolon karena gangguan fungsi anus. Tujuan kolostomi adalah untuk mengatasi proses patologis pada kolon distal dan untuk proses dekompresi karena sumbatan usus besar distal dan selalu dibuat pada dinding depan abdomen. Kolostomi dibuat berdasarkan indikasi tertentu, sehingga jenisnya ada beberapa macam tergantung dari kebutuhan klien (Suratun dan Lusianah, 2014).

2.2.2 Indikasi

Menurut (Wian, 2012) Pembedahan kolostomi yang dilakukan pada penderita, antara lain:

- a. Penyakit peradangan usus akut : terjadi karena kotoran menumpuk dan menyumbat usus di bagian bawah yang membuat tidak bisa BAB. Penumpukan kotoran di usus besar ini akan membuat pembusukan yang akhirnya menjadi radang usus.
- b. Atresia ani (tidak mempunyai anus): kelainan ini biasanya diketahui sejak lahir. Diduga karena terjadi infeksi saat ibu hamil yang membuat konstruksi usus ke anus tidak lengkap atau bisa juga karena kelainan genetik.
- c. Hirschsprung: kelainan kongenital yang menyebabkan gangguan pergerakan usus akibat permasalahan pada persyarafan usus besar paling bawah, mulai anus hingga usus di atasnya. Penyakit hirschsprung lebih sering terjadi pada neonatus. Kondisi ini membuat penderitanya terutama bayi tidak bisa BAB selama berminggu-minggu dan kotoran akan menumpuk di usus bawah yang akhirnya timbul radang usus.

2.2.3 Jenis-jenis Kolostomi

Menurut (Dini Komalasari, 2015); jenis kolostomi dibagi menjadi empat, diantaranya:

A. *Loop stoma* atau transversal

Merupakan jenis kolostomi yang dibuat dengan membuat mengangkat usus ke permukaan abdomen, kemudian membuka dinding usus bagian anterior untuk memungkinkan jalan keluarnya feses. Biasanya pada *loop stoma* selama 7 hari hingga 10 hari pasca pembedahan disangga oleh semacam tangkai plastik agar mencegah stoma masuk kembali ke dalam rongga abdomen.

B. *End Stoma*

Merupakan jenis kolostomi yang dibuat dengan memotong usus dan mengeluarkan ujung usus proksimal ke permukaan abdomen sebagai stoma tunggal. Usus bagian distal akan diangkat atau dijahit dan ditinggalkan dalam rongga abdomen.

C. *Fistula mucus*

Merupakan bagian usus distal yang dikeluarkan ke permukaan abdomen sebagai stoma non fungsi. Biasanya fistula mukus terdapat pada jenis stoma double barrel dimana segmen proksimal dan distal usus dikeluarkan ke dinding abdomen sebagai dua stoma yang terpisah.

D. *Tube Caecostomies*

Stoma pada *Tube Caecostomies* bukan merupakan stoma dari kolon, karena kolon tidak dikeluarkan hingga ke permukaan abdomen. Tipe kolostomi ini menggunakan kateter *foley* yang masuk ke dalam sekum hingga ujung apendiks pasca operasi apendiktomi melalui dinding abdomen. Kateter ini membutuhkan irigasi secara teratur untuk mencegah sumbatan.

2.2.4 Komplikasi

Menurut (Manggarsari, 2013) komplikasi kolostomi, antara lain:

1. Nekrosis

Komplikasi akut dini akibat vaskularisasi yang tidak memadai pada stoma sehingga jaringan disekitar stoma tidak mendapatkan vaskularisasi yang baik. Biasanya stoma akan tampak hitam atau ungu gelap.

2. Stenosis

Penyempitan stoma atau orifisium kutan biasanya akibat defek kecil pada kulit atau iskemia kronis stoma.

3. Retraksi

Berkurang/hilangnya tangkai atau masuknya stoma ke dalam dinding abdomen, biasanya akibat tegangan pada usus yang digunakan.

4. Prolaps

Panjang tangkai berlebihan, akibat defek kulit yang longgar atau efek kronis peristaltik usus. Lebih sering terjadi pada stoma *loop*, khususnya kolostomi *loop*.

5. Herniasi

Terdapatnya usus pada jaringan subkutan. Biasanya akibat lubang terbuka yang terlalu besar pada dinding otot abdomen.

a. Herniasi merupakan komplikasi stoma jangka panjang yang paling sering terjadi.

Herniasi sering menyebabkan masalah dengan perlekatan alat stoma.

b. Dermatitis peristoma

Terjadi akibat tumpahnya isi stoma ke kulit di sekitarnya atau trauma pada penggantian alat.

c. Ketidak seimbangan cairan dan elektrolit

Biasanya hanya menjadi masalah pada ileostomi (terutama segera setelah pembentukan stoma, bila letaknya tinggi pada usus halus atau terjadi gastroenteritis).

2.2.5 Perawatan

Pasien dengan pemasangan kolostomi perlu berbagai penjelasan baik sebelum maupun setelah operasi, terutama tentang perawatan kolostomi bagi pasien yang harus menggunakan kolostomi permanen. Berikut hal yang diajarkan untuk pencegahan kolostomi:

- a. Teknik penggantian/ pemasangan kantong kolostomi yang baik dan benar
- b. Teknik perawatan stoma dan kulit sekitar stoma
- c. Waktu penggantian kantong kolostomi
- d. Teknik irigasi kolostomi dan manfaatnya bagi pasien
- e. Pengeluaran feses agar tidak mengganggu aktifitas pasien
- f. Berbagai jenis makanan bergizi yang harus dikonsumsi
- g. Berbagai aktifitas yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh pasien
- h. Berbagai hal/ keluhan yang harus dilaporkan segera pada dokter (jika apsiensudah dirawat dirumah)
- i. Berobat/ control ke dokter secara teratur
- j. Makanan yang tinggi serat

2.3 Konsep Perioperatif

Keperawatan perioperatif yaitu keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan kepada pasien yang akan dilakukan pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Ilmu bedah yang semakin berkembang untuk memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif.

Perawat kamar bedah (*operating room nurse*) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien yang akan mengalami pembedahan yang

memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamarbedah (AORN, 2013). Keperawatan perioperatif dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperatif meliputi pre, intra, dan post operasi.

2.3.1 Fase Pelayanan Perioperatif

1) Fase Pelayanan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu pre operatif, intra operatif, dan post operatif (Hipkabi, 2014).

Keahlian seorang perawat kamar bedah dibentuk dari pengetahuan keperawatan profesional dan keterampilan psikomotor yang kemudian diintegrasikan kedalam tindakan keperawatan yang harmonis. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang sifatnya resiko atau aktual pada setiap fase perioperatif akan membantu penyusunan rencana intervensi keperawatan.

2) Fase Pre Operatif

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014).

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (*one day care*), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah.

3) Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Hipkabi, 2014).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen.

2.4 Konsep Pre Operasi

Keperawatan pre operasi yaitu yang dilakukan pertama kali saat akan dilakukan keperawatan perioperatif. Perawatan pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Mirianti, 2011).

Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik, biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi. Persiapan sebelum operasi sangat mempengaruhi kesuksesan tindakan operasi. Persiapan operasi

yang dilakukan diantaranya persiapan fisiologis, dimana persiapan ini merupakan persiapan yang dilakukan mulai dari persiapan fisik, persiapan penunjang, pemeriksaan status anestesi sampai *informed consent*. Selain persiapan fisiologis, persiapan psikologis atau persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau lebih dapat berpengaruh terhadap kondisi fisik pasien (Smeltzer, C, S dan Bare, G, 2017).

2.4.1 Persiapan Fisik

Menurut (Sjamsuhidajat, R, 2017) ada beberapa persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain:

1. Status Kesehatan Fisik Secara Umum

Status Kesehatan Fisik Secara Umum dilakukan sebelum pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain- lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup karena dengan istirahat yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

2. Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi dapat ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Defisiensi nutrisi harus di koreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi setelah dilakukannya operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama lagi dirawat di rumah sakit.

3. Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

Keseimbangan cairan ini perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Kadar elektrolit serum juga harus berada dalam rentang normal. Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal, dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolik obat- obatan anastesi. Fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik.

4. Pencukuran Daerah Operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/ menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran sebelum operasi, misalnya pada pasien luka insisi pada lengan.

5. Personal Hygiene

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang di operasi. Pasien yang kondisi fisiknya kuat diajarkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

6. Pengosongan Kandung Kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Pengosongan isi bladder untuk tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi balance cairan.

7. Latihan Pra Operasi

Latihan Pra Operasi sangat diperlukan pada pasien sebelum operasi, hal ini penting sebagai persiapan pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti: nyeri daerah

operasi, batuk dan banyak lendir pada tenggorokan. Latihan- latihan diberikan pada pasien sebelum operasi, antara lain :

a. Latihan Nafas Dalam

Latihan nafas dalam sangat bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien lebih mampu beradaptasi dengan nyeri dan dapat meningkatkan kualitas tidur. Selain itu teknik ini juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah setelah anastesi umum.

b. Latihan Batuk Efektif

Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama klien yang mengalami operasi dengan anastesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranastesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan.

c. Latihan Gerak Sendi

Latihan gerak sendi merupakan hal sangat penting bagi pasien sehingga setelah operasi, pasien dapat segera melakukan berbagai pergerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan. Pasien/keluarga pasien seringkali mempunyai pandangan yang keliru tentang pergerakan pasien setelah operasi. Banyak pasien yang tidak berani menggerakkan tubuh karena takut jahitan operasi sobek atau takut luka operasinya lama sembuh. Pandangan seperti ini jelas keliru karena jika pasien selesai operasi dan segera bergerak maka pasien akan lebih cepat merangsang usus (peristaltik usus) sehingga pasien akan lebih cepat kentut.

2.4.2 Persiapan Penunjang

Persiapan penunjang yaitu bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti EKG, dan lain-lain. Sebelum dokter mengambil keputusan untuk

melakukan operasi pada pasien, dokter melakukan berbagai pemeriksaan terkait dengan keluhan penyakit pasien sehingga dokter bisa menyimpulkan penyakit yang diderita pasien. Setelah dokter bedah memutuskan untuk dilakukan operasi maka dokter anastesi berperan untuk menentukan apakah kondisi pasien layak menjalani operasi. Untuk itu dokter anastesi juga memerlukan berbagai macam pemeriksaan laboratorium terutama pemeriksaan masa perdarahan (*bledding time*) dan masa pembekuan (*clottingtime*) darah pasien, elektrolit serum, hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks dan EKG.

2.4.3 Pemeriksaan Status Anastesi

Pemeriksaan status fisik untuk pembiusan perlu dilakukan untuk keselamatan selama pembedahan. Sebelum dilakukan anastesi demi kepentingan pembedahan, pasien akan mengalami pemeriksaan status fisik yang diperlukan untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri pasien. Pemeriksaan yang biasa digunakan adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode ASA (*American Society of Anesthesiologist*). Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

2.4.4 *Informed Consent*

Inform Consent sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi aspek etik hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi. Tindakan apapun yang dilakukan pada pasien terkait dengan pembedahan, keluarga mengetahui manfaat dan tujuan serta segala resiko dan konsekuensinya. Pasien maupun keluarganya sebelum menandatangani surat pernyataan tersebut akan mendapatkan informasi yang detail terkait dengan segala macam prosedur pemeriksaan, pembedahan serta pembiusan yang akan dijalani. Jika petugas belum menjelaskan secara detail, maka pihak pasien/ keluarganya berhak untuk menanyakan kembali sampai betul- betul paham. Hal ini sangat penting untuk dilakukan karena jika tidak

maka penyesalan akan dialami oleh pasien/ keluarga setelah tindakan operasi yang dilakukan ternyata tidak sesuai dengan gambaran keluarga.

2.4.5 Pemeriksaan Status Mental

Pasien yang akan menghadapi pembedahan akan mengalami berbagai macam jenis prosedur tindakan tertentu dimana akan menimbulkan kecemasan. Segala bentuk prosedur pembedahan selalu didahului dengan suatu reaksi emosional tertentu oleh pasien, apakah reaksi itu jelas atau tersembunyi, normal atau abnormal. Sebagai contoh, kecemasan *pre* operasi kemungkinan merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh, atau bahkan kehidupan itu sendiri. Sudah diketahui bahwa pikiran yang bermasalah secara langsung mempengaruhi fungsi tubuh.

Perawat perlu mengkaji hal-hal yang bisa digunakan untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan ini, seperti adanya orang terdekat, tingkat perkembangan pasien, faktor pendukung/support system. Mekanisme koping adalah proses adaptasi terhadap perasaan individu dikarenakan masalah tertentu yang mengganggu individu itu sendiri. Dalam konsep mekanisme koping, membahas tentang pengertian koping, mekanisme koping, sumber koping, dan faktor-faktor yang mempengaruhi strategi koping. Koping merupakan upaya perilaku dan kognitif seseorang dalam menghadapi ancaman fisik dan psikososial (Stuart, W. G. and Laraia, 2013). Koping adalah proses atau cara untuk berespon terhadap lingkungan (stimulus) untuk mencapai kondisi adaptasi (Hidayat, 2014).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pada *Ca Colon*

2.5.1 Pemeriksaan Status Mental

Menurut (Wijaya, A.S dan Putri, 2013) Pengkajian yang dapat dilakukan, antara lain:

1. Identitas

Biasanya identitas klien terdiri Nama, umur, jenis kelamin, status, agama,

perkerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawaban juga terdiri dari nama, umur penanggung jawab, hub.keluarga, dan pekerjaan. Pada ca colon lebih sering terjadi pada usia 40 tahun, pada wanita sering ditemukan ca colon dan pada laki-laki lebih sering terjadi kanker rekti.

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

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

b. Riwayat kesehatan dahulu

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

c. Riwayat kesehatan keluarga

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

3. Pemeriksaan fisik

A. *Airway*

Pastikan jalan nafas klien tidak mengalami sumbatan.

Look: Inspeksi pergerakan dada, *Listen:* Suara nafas (Normal: Vesikuler, Bronchovesikuler, Bronchial danTrakeal), *Feel:* Rasakan hembusan nafas klien di pipi pemeriksa.

B. B1 (*Breathing*) Sistem Pernafasan

Inspeksi: Bentuk dada (Normochest, Barelchest, Pigeonchest atau Punelchest). Pola nafas: Normalnya = 12-24 x/ menit, Bradipnea/ nafas lambat (Abnormal), frekuensinya = < 12 x/menit, Takipnea/ nafas cepat dan dangkal (Abnormal) frekuensinya = > 24 x/ menit. Cek penggunaan otot bantu nafas (otot sternokleidomastoideus) → Normalnya tidak terlihat. Cek Pernafasan cuping hidung → Normalnya tidak ada. Cek penggunaan alat bantu nafas (Nasal kanul, masker, ventilator).

Palpasi: Vocal premitus (pasien mengatakan 77)

Normal (Teraba getaran di seluruh lapang paru)

Perkusi dada: sonor (normal), hipersonor (abnormal, biasanya padapasien PPOK/ Pneumothoraks)

Auskultasi: Suara nafas (Normal: Vesikuler, Bronchovesikuler, Bronchialdan Trakeal). Suara nafas tambahan (abnormal): wheezing → suara pernafasan frekuensi tinggi yang terdengar diakhir ekspirasi, disebabkan penyempitan pada saluran pernafasan distal). Stridor → suara pernafasan frekuensi tinggi yang terdengar diawal inspirasi. Gargling → suara nafas seperti berkumur, disebabkan karena adanya muntahan isi lambung.

C. B2 (*Circulation*) Sistem Peredaran Darah

Inspeksi: CRT (*Capillary Refill Time*) tekniknya dengan cara menekan salah satu jari kuku klien → Normal < 2 detik, Abnormal → > 2 detik. Adakah sianosis (warna kebiruan) di sekitar bibir klien, cek konjungtiva klien, apakah konjungtiva klien anemis (pucat) atau tidak → normalnya konjungtiva berwarna merah muda.

Palpasi: Akral klien → Normalnya Hangat, kering, merah, frekuensi nadi → Normalnya 60-100x/menit, TD → Normalnya 100/ 80–130/90 mmHg.

D. B3 (*Neurologi*) Sistem Persyarafan

Cek tingkat kesadaran klien, untuk menilai tingkat kesadaran dapat digunakan suatu skala (secara kuantitatif) pengukuran yang disebut dengan Glasgow Coma Scale (GCS). GCS memungkinkan untuk menilai secara obyektif respon pasien terhadap lingkungan. Komponen yang dinilai adalah : Respon terbaik buka mata, respon verbal, dan respon motorik (E-V-M). Nilai kesadaran pasien adalah jumlah nilai-nilai dari ketiga komponen tersebut. Tingkat kesadaran adalah ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan, tingkat kesadaran (secara kualitatif) dibedakan menjadi:

Compos Mentis (Conscious), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.

Apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh

Delirium, yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal.

Somnolen (Obtundasi, Letargi), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal.

Stupor, yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri

Coma, yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya).

Pemeriksaan Reflek:

- a. Reflek bisep: ketukan jari pemeriksa pada tendon muskulus biceps brachii, posisi lengan setengah ditekuk pada sendi siku.

Respon: fleksi lengan pada sendi siku

- b. Reflek patella: ketukan pada tendon patella.

Respon: ekstensi tungkai bawah karena kontraksi muskulus quadriceps femoris

Nervus 1(Olfaktorius): Tes fungsi penciuman (pasien mampu mencium bebauan di kedua lubang hidung)

Nervus 2 (Optikus): Tes fungsi penglihatan (pasien mampu membaca dengan jarak 30 cm (normal))

Nervus 3, Nervus 4, Nervus 6 (Okulomotorius, Trokhlearis, Abdusen):

Pasien mampu melihat ke segala arah (Normal)

Nervus 5 (Trigeminus):

- a. Sensorik : pasien mampu merasakan rangsangan di dahi, pipi dan dagu (normal)

- b. Motorik : pasien mampu mengunyah (menggeretakan gigi) dan otot masseter (normal)

Nervus 7 (Facialis):

- a. Sensorik : pasien mampu merasakan rasa makanan (normal)

- b. Motorik : pasien mampu tersenyum simetris dan mengerutkan dahi (normal)

Nervus 8 (Akustikus): Tes fungsi pendengaran (rine dan weber)

Nervus 9 (Glososfaringeus) dan N10 (Vagus): pasien mampu menelan danada refleks muntah (Normal)

Nervus 11 (Aksesorius): pasien mampu mengangkat bahu (normal)

Nervus 12 (Hipoglosus): pasien mampu menggerakkan lidah ke segala arah (normal)

E. **B4 (Bladder) Sistem Perkemihan**

Inspeksi: integritas kulit alat kelamin (penis/ vagina) → Normalnya warnamerah muda, tidak ada Fluor Albus/ Leukorea (keputihan patologis pada perempuan), tidak ada Hidrokel (kantong yang berisi cairan yang mengelilingi testis yang menyebabkan pembengkakan skrotum).

Palpasi: Tidak ada distensi kandung kemih. Tidak ada distensi kandung kemih

Masalah keperawatan: tidak ada

F. **B5 (Bowel) Sistem Pencernaan**

Inspeksi: Pada infeksi perlu diperlihatkan, apakah abdomen membuncit atau mendatar, apakah ada benjolan atau massa

Palpasi : Adakah nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor,teses) turgor kulit perut untuk mengetahui derajat biledrasi pasien, apakah tupar traba, apakah lien teraba

Perkusi : Abdomen normal tympanik, ada masa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, Asites, Vesika urinaria, Tumor)

Auskultasi: Secara peristaltik usus dimana nilai normalnya 5-35x/Menit.

G. **B6 (Bone) Sistem Muskuluskeletal dan Integumen**

Inspeksi: warna kulit sawo matang, pergerakan sendi bebas dan kekuatan otot penuh, tidak ada fraktur, tidak ada lesi

Palpasi: turgor kulit elastis

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Pre operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- b. Resiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- d. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

2. Intra operasi

- a. Hipotermi berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah.
- b. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis.

3. Post operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan
- d. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis.

2.5.3 Intervensi Keperawatan

2.1 Intervensi Keperawatan Pre Operasi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI D. 0077 HAL: 172)	Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun. Tingkat nyeri (SLKI L.08066)	1. Jelaskan penyebab periode, dan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi Manajemen Nyeri (SIKI I. 12391)
2	Resiko Infeksi berhubungan dengan Kerusakan integritas kulit (SDKI D. 0142)	Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil: demam menurun, kemerahan menurun,	2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area luka 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. pertahankan tehnik aseptik

		kebersihan badan membaik Tingkat Infeksi (SLKI L.14137)	pada pasien berisiko tinggi Pencegahan infeksi (SIKI I. 14539)
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI D. 0019 HAL: 56)	Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nutrisi memenuhi kebutuhan tubuh dengan kriteria hasil: porsi makan yang dihabiskan meningkat, nyeri abdomen menurun, diare menurun. Status nutrisi (SLKI L.03030 HAL: 121)	1. identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat 2. monitor efek terapeutik obat 3. monitor efek samping obat 4. lakukan prinsip 6 benar 5. berikan obat IV dengan kecepatan yang tepat Pemberian Obat Intarvena (SIKI I. 02065)
4	Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional (SDKI D. 0080)	Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas berkurang dengan kriteria hasil: verbalisasi kebingungan menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun. Tingkat Ansietas (SLKI L. 09093 HAL: 132)	1. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 4. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 5. Informasikan secara faktual mengenai diagnosa, pengobatan, dan prognosis 6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 7. Anjurkan melakukan kegiatan yang kometitif, sesuai kebutuhan 8. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 9. Latihan tehknik relaksasi Reduksi Ansietas (SIKI I.09134)

2.2 Intervensi Keperawatan Intra Operasi

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Hipotermia Berhubungan dengan Terpapar suhu lingkungan rendah (SDKI D.0135 HAL: 286)	Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi hipotermia dengan kriteria hasil: kulit dingin menurun, kulit pucat menurun, sianosis pada ujung jari menurun (SLKI L.14134)	Hipotermia Aktif internal Manajemen Hipotermia (SIKI. I 14507)
2	Nausea Berhubungan dengan Efek agen farmakologis (SDKI D. 0076 HAL: 170)	Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil: nafsu makan meingkat, keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun. Tingkat Nausea (SLKI L.08065 HAL: 144)	1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Kendalikan factor lingkungan penyebab mual 4. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Manajemen Mual (SIKI I. 03117)

2.3 Intervensi Keperawatan Post Operasi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI D. 0077 HAL: 172)	Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun. Tingkat nyeri (SLKI L.08066)	1. Identifikasi karakteristik nyeri 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 4. Tetapkan target efektifitas

			<p>analgesic untuk mengoptimalkan respons pasien.</p> <p>Pemberian analgesic (SIKI I.08234)</p>
2	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif (SDKI D. 0142 HAL: 304)</p>	<p>Setelah dilakukan keperawatan 1x24 jam diharapkan bisa mengendalikan resiko infeksi dengan kriteria hasil: demam menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun.</p> <p>Tingkat infeksi (SLKI L. 14137 HAL: 139)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan pada kulit area edema 3. Cuci tangan sebelum dan setelah dari lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 5. Ajarkan cara memeriksakondisi luka dan luka operasi 6. Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi 7. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan <p>Pencegahan infeksi (SIKI I.14539)</p>
3	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan (SDKI D. 0083 HAL: 186)</p>	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil: verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh membaik, verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain membaik, melihat bagian tubuh meningkat.</p> <p>Citra Tubuh (SLKI L.09067 HAL: 19)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 4. Latih peningkatan penampilan diri. <p>Promosi Citra Tubuh (SIKI I.09305)</p>

4	Nausea Berhubungan dengan Efek agen farmakologis (SDKI D. 0076 HAL: 170)	Setelah dilakukan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nausea berkurang dengan kriteria hasil: nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun. Tingkat Nausea (SLKI L.08065 HAL: 144)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Kendalikan factor lingkungan penyebab mual 4. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <p>Manajemen Mual (SIKI I. 03117)</p>
---	--	--	--

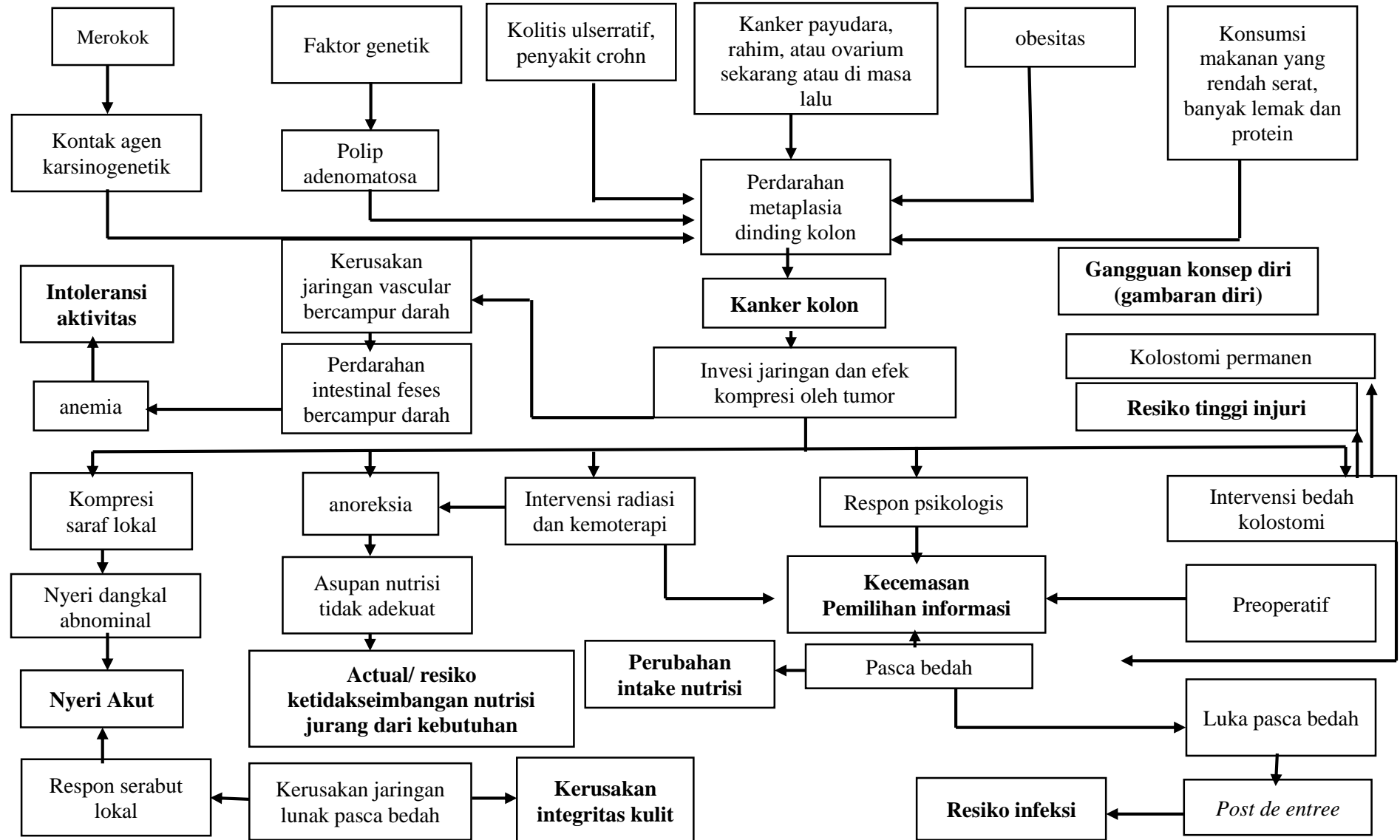
2.5.4 Implementasi Keperawatan

Tahap pelaksanaan merupakan tahap ke-4 dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah ditemukan. Tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya budaya, fisik dan perlindungan terhadap klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat 2 jenis yaitu: tindakan mandiri dan kolaborasi .

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan yang terjadi pada keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil dibuat pada tahap perencanaan.

2.6 WOC Ca Colon



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis medis *Pro Reverse Stoma* : 1) Pengkajian, 2) Dianosa Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Tn. D merupakan seorang ayah yang berjenis kelamin laki-laki berusia (62 tahun), beragama Islam, yang tinggal di Perumahan pesona/Jawa Timur, pekerjaan dari pasien yaitu Pensiunan, pendidikan terakhir pasien yaitu S2. Pasien dirawat dengan diagnosa medis *Ca Colon* yang akan direncanakan prosedur pembedahan *Pro Reverse Stoma*. Pasien masuk pada 20 Juni 2022 dengan permintaan opname melalui kelas URJ (unit rawat jalan) yang telah disetujui oleh rumah sakit pada tanggal 20 Juni 2022.

Keluhan utama pasien masuk rumah sakit adalah dikarenakan pasien sebelumnya sudah dilakukan pembuatan kolostomi dan akan dilakukan penutupan kolostomi. Selama ini pasien menggunakan kolostomi sebagai alternative untuk mengeluarkan sisa makanan yang telah dicerna. Pada saat dikaji terhadap riwayat keluarga yang memiliki kelainan kongenital pasien menyanggah dan mengatakan tidak memiliki riwayat keluarga dengan *Ca Colon*.

3.1.2 Pemeriksaan Fisik :

Pada pemeriksaan fisik Tn. D didapati bahwa tampak cemas saat dilakukan pemeriksaan di poli. keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 128/80 mmHg, Nadi 89 kali per menit, suhu 36° Celcius dan

pernafasan sebanyak 28 kali per menit.

Gambaran umum terdapat adanya kolostomi pada area abdomen bagian kanan bawah dengan keadaan luka kolostomi berwarna merah, tepian luka kolostomi tampak lembab, kantong kolostomi didapati adanya sedikit sisa feses yang keluar namun tidak didapati tanda-tanda terhadap adanya infeksi pada luka kolostomi. Pada sebelum tindakan prosedur pembedahan kantong kolostomi diganti dengan yang baru karena dikhawatirkan adanya sisa feses yang terdapat pada kantong kolostomi akan menginfeksi saat prosedur pembedahan dijalankan.

3.1.3 Pengkajian

Pengkajian dibagi menjadi 3, antara lain:

1. Pengkajian Pre operasi

Pada pengkajian pre operasi dimana pengkajian yang mulai dilakukan dari awal anamnesa di ruang poli hingga pasien tersebut berada di ruang OK Central. Sebelumnya pasien diwajibkan untuk puasa maksimal 6 jam sebelum operasi. Pada pengkajian ini didapatkan bahwa keadaan umum baik, kesadaran composmentis, total GCS : 15, tekanan darah 107/77 mmHg, nadi 94 kali per menit, suhu 35,7° celcius, dan pernafasan 20 kali per menit. Pada pemeriksaan airway didapatkan pasien tidak ada sumbatan pada jalan nafas, tidak ada suara nafas tambahan saat bernafas, pada pemeriksaan breathing pasien didapatkan bahwa pasien dapat bernafas secara normal dengan tanpa bantuan dengan frekuensi 20 kali per menit, pernafasan dilakukan tanpa menggunakan alat bantu nafas dan tidak ada penggunaan otot bantu nafas maupun tanda sianosis, Pada pemeriksaan sirkulasi didapatkan bahwa kecepatan nadi sebanyak 94 kali per menit dengan irama regular ak didapatkan kelainan bunyi jantung, CRT < 2detik dan telah terpasang infus NS

100 ml dengan 22 tpm. Pada pemeriksaan disability pasien menunjukkan bahwa pasien memiliki kesadaran composmentis dengan GCS : E : 4 V: 5 M : 6 dengan total : 15. Didapatkan pemeriksaan laboratorium sebagai berikut : RDW-CV : 17,9 (11.0-16.0), PCT : 0.184 (1.08-2.82), Pasien PT : 16.9 (11-15), Albumin : 5.23 (3.50-5.20), GDS : 302 (74-106), Natrium (Na) : 133.6 (135-147), dan dilakukan pemeriksaan rapid swab : Negatif, HbA1C 7.2 (Normal: < 5.7, Prediabetes: 5.7-6.4, Diabetes: > = 6.5), dan dilakukan pemeriksaan foto thorax dari kesimpulan didapatkan Peningkatan bronchovascular pattem dan Tak tampak pneumonia maupun tanda metastase.

Rangkaian sebelum proses tindakan, keluarga pasien perlu menyetujui *informed consent* yang telah disediakan (*informed consent* pembiusan dan *informed consent* pembedahan) dan pasien diharuskan untuk berpuasa terlebih dahulu minimal 6 jam dengan demikian pasien terakhir makan pada pukul 22.00. Pada Tn. D didapatkan ASA 2 dengan advis dokter pemberian general anasthesi. Pada proses *sign in* : Pasien diberikan posisi supinasi position Perawat melakukan positioning, supinasi positioning, melakukan cuci tangan 7 langkah steril, yang dilanjut dengan proses penggunaan gowning dan gloving. Perawat melakukan desinfeksi dan mempersempit area operasi dengan menggunakan linen steril pada area kolostomi di abdomen kanan pasien, pengecekan mesin dan obat anastesi dan pulseoximeter berfungsi dengan baik.

2. Pengkajian Intra Operasi

Pada prosedur intra operasi dimana dimulai saat pasien telah masuk dalam kamar operasi dan dilanjutkan dengan pemeriksaan kelengkapan operasi. Prosedur pembedahan dilakukan oleh Dokter Bedah, Perawat Sirkuler dengan bantuan

Dokter anastesi dan perawat anastesi. jenis anastesi menggunakan general anastesi dengan suhu kamar 20° celcius dan kelembapan udara 60%. Side marking telah dilakukan dan di area abdomen dengan posisi operasi supinasi dengan nama prosedur pembedahan (*Pro Revese Stoma*). Dengan tindakan operasi Anastesi dimulai pada pukul 08.30 dengan jenis pembiusan general anastesi. Desinfeksi kulit menggunakan povidone iodine yang dilakukan di abdomen. Dengan obat anastesi fentanyl 2 mg dan rocuranium bromide 4ml dengan estimasi lama operasi selama 2 jam. Terpasang infus di tangan kiri dengan cairan RL 500 ml, obat selama anastesi dripp paracetamol 100 mg. penggunaan instrumen sebanyak 20, jumlah kassa selama operasi sebanyak 20, jarum 2. Pemantauan Vital Sign : Tekanan darah : 137/92 mmHg Nadi : 95x/i Rr : 13x/i, Suhu: 35,5°C, SPO2 : 100 %, Respiratory Mode : Terkontrol. Terpantau dengan pemasangan ETT.

Time out : Menyebutkan nama dan peran masing-masing seluruh anggota tim. perawat mempersiapkan prosedur pembedahan dengan memfokuskan pada area operasi. Dokter bedah akan memulai insisi pada area kolostomi Dokter bedah dibantu dengan perawat asisten, perawat anastesi, perawat instrumen, dan perawat sirkuler melakukan prosedur pembedahan dengan memperhatikan perdarahan. Guna mengurangi pendarahan menggunakan diatermi. Dalam prosedur tindakan pemberian dripp paracetamol 100 mg dalam 15 menit sebelumnya. Estimasi lama waktu operasi 2 jam dengan perkiraan kehilangan darah 80cc.

Sign Out : Anastesi selesai pada pukul 12.00 dengan jumlah kassa sebanyak 20 (lengkap), jarum 2 (lengkap), pisau 1 (lengkap) dengan jumlah instrument 20 (lengkap). Dengan evaluasi output cairan (urine) sebanyak 500 cc, perdarahan 80 cc dengan cairan masuk cairan NS 100ml D1, RL 500 ML D2, diganti cairan

Paracetamol 100ml, RL 500ml D3, RL 500ml drip sebesar pethidine 100mg D4, diganti cairan metrohidazole 500mg.

1. Pengkajian Post operasi

Pada post operasi didapatkan pengkajian bahwa pasien keluar dari kamar operasi pada pukul 12.00 dengan estimasi waktu lama operasi 4 jam. Pada pengkajian ini dilakukan pada saat pasien telah ada di ruang *recovery room*. Pada pengkajian ini didapatkan hasil pemeriksaan bahwa airway tidak ada suara nafas tambahan, pada pemeriksaan breathing pasien didapatkan bahwa pasien mendapatkan bantuan pernafasan simple mask 5 liter per menit dan posisi supinasi. Pada pemeriksaan sirkulasi setelah kondisi operasi maka frekuensi nadi 109 kali per menit dengan irama jantung regular dan tidak ada kemainan jantung. Pada pengkajian disability didapatkan kondisi pasien tersedasi. Pasien dirawat di ruangan ICU CENTRAL pasca operasi.

3.2 Pengkajian

3.2.1 Analisa Data Pre Operasi

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan Pre Operatif pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS: Pasien mengatakan cemas dan takut gagal dalam tindakan operasi DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tegang - Pasien tampak pucat	Krisis situasional	Ansietas (SDKI D. 0080)

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Pre Operatif pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Anisetas berhubungan dengan Krisis Situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 jam diharapkan Tingkat Ansietas Menurun, dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun (SLKI L.09093)	1. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 4. Anjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan motivasi kepada pasien Reduksi Ansietas (SIKI I.09134)	1. Megetahui resiko terjadinya ansietas 2. Memberikan tingkat kenyamanan pasien 3. Membantu mengurasi rasa cemas pasien

Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan Pre Operatif pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

NO	Tanggal	No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	21/Juni /2022 08.30 08.35 08.40	1	1.Memonitor tanda-tanda ansietas 2.Memberikan lingkungan yang aman untuk pasien 3. Berada didekat pasien untuk menenangkan 4. Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk memberikan motivasi kepada pasien	S : Pasien mengatakan cemas dan takut gagal dalam tindakan operasi O : Pasien tampak gelisah, tegang dan pucat TTV TD : 107/77 mmHg S : 35,7 °C N : 94 x/menit RR : 20 x/menit Spo2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

Berdasarkan pada standart diagnosa keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada sistem terkait keperawatan kegawatdaruratan. Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional didasarkan pada keadaan pasien akan menjalankan operasi. Dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa keluarga pasien menenangkan dengan cara memotivasi dan ditunjukkan dengan data diagnose pasien tampak gelisah, tampak tegang, dan tampak pucat.

3.2.2 Analisa Data Intra Operasi

Tabel 3.4 Diagnosis Keperawatan Intra Operatif pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

No	Data	Etiologi	Problem
1	S: Pasien dalam pengaruh sedasi anastesi O: - Suhu tubuh pasien 35,5°C - Kulit teraba dingin - Dasar kuku sianotik	Terpapar suhu lingkungan rendah	Hipotermia (SDKI D.0131 HAL: 286)

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Intra Operatif pada Tn.D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Hipotermia	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 jam diharapkan Pasien tidak mengalami hipotermia dengan kriteria hasil : suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, pucat menurun (SLKIL. 14134)	1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi tanda-tanda hipotermia 3. Lakukan penghangatan Aktif internal seperti: berikan selimut dan dresing dengan Nacl yang dihangatkan Manajemen Hipotermia (SIKI. I 14507)	1. Mengetahui kondisi suhu tubuh pasien 2. Mengurangi tanda terjadinya hipotermia 3. Memberi kenyamanan pasien

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan Intra Operatif pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

NO	Tanggal	No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	21/Juni /2022 10.00 10.10 10.15	1	1. Memonitor suhu tubuh 2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia 3. Melakukan penghangatan aktif internal	S: - O: Suhu: 35,5° A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dihentikan	

Pada saat intra operasi banyak kemungkinan yang terjadi hipotermia karena suhu kamar operasi yang rendah mengakibatkan pasien menggigil, kedinginan, juga bisa terjadi karena saat sebelum operasi diharuskan untuk puasa.

3.2.2 Analisa Data Post Operasi

Tabel 3.7 Diagnosis Keperawatan Post Operatif pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasinya. P: luka bekas operasi, Q: seperti di tusuk-tusuk, R: abdomen sebelah kanan, S: 5 (0-10), T: hilang timbul 15-20 menit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memegang area abdomen yang nyeri - Pasien tampak waspada - Pasien tampak meringis 	Agen Pencedera Fisik	Nyeri akut (SDKI D.0077 HAL: 172)
2	<p>DS: Pasien mengatakan mual sejak setelah operasi</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak tegang - TTV <p>TD : 128/89 mmHg S : 36,5°C N : 109 x/menit RR : 21 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - SpO2 : 100% 	Efek agen farmakologis	Nausea (SDKI D.0076 HAL: 170)

H. Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan Post Operatif pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam diharapkan Nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap proktif menurun. SLKI (L.08066 HAL: 145)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab periode dan strategi meredakan nyeri 2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4) Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan edukasi dan mengurangi rasa nyeri terhadap pasien 2) Mengurangi rasa nyeri terhadap pasien 3) Meningkatkan tingkat kesembuhan secara optimal

			SIKI (I. 12391)	4) Membantu pasien untuk mengurangi rasa nyeri.
2	Nausea	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam diharapkan Nausea menurun dengan kriteria hasil : keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun SLKI (L. 08065 HAL: 144)	1. jelaskan obat yang diberikan 2. jelaskan cara obat secara umum 3. menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini 4. ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan SIKI (I.12371)	1) Memberikan edukasi kepada pasien 2) Memberikan informasi yang tepat pada pasien 3) Memberikan pengetahuan umum terhadap pasien.

Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Intra Operatif pada Tn. D dengan Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma*

NO	Tanggal Dan jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	21/06/2022 12.00 12.10 12.15	1	1. Menjelaskan penyebab periode dan strategi nyeri seperti: aroma terapi dan tarik nafas dalam 2. Mengajarkan pasien relaksasi nafas dalam 3. Kolaborasi dengan dokter obat analgetik	S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasinya. P: luka bekas operasi, Q: seperti di tusuk-tusuk, R: abdomen sebelah kanan, S: 5 (0-10), T: hilang timbul 15-20 menit O : 1. Pasien tampak memegang area abdomen yang nyeri 2. Pasien tampak waspada 3. Pasien tampak meringis 4. TTV TD : 128/89 mmHg S : 36,5°C N : 79 x/menit RR : 21 x/menit Spo2 : 100% Spo2 : 98% A : Masalah belum teratasi teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pindah ke ruangan	

2	21/06/20 22 12.20 12.25 12.30 12.35	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan obat yang diberikan 2. Menjelaskan cara obat secara umum 3. Mengajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan 4. Menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini 5. Memberikan obat anti mual ondancetron 2x8 mg melalui IV 	<p>S: Pasien mengatakan mual sejak setelah operasi</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak tegang 3. Nadi: 109 x/mnt <p>A : Masalah belum teratasi teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pindah ke ruangan.</p>	
---	--	---	---	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn. D dengan diagnose *Pro Reverse Stoma* di Ok Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan 21 Juni 2022 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada pasien dengan melakukan anamnesa kepada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

4.2 Identitas

Data didapatkan dari pasien bernama pasien, berjenis kelamin Laki-laki berusia 62 tahun yang akan direncanakan tindakan pembedahan *Pro Reverse Stoma*. Usia adalah factor risiko yang paling relevan untuk kanker kolon disebagian populasi. Sebagian besar terjadi pada usia 50 tahun keatas karena umumnya sel kanker membutuhkan waktu bertahun-tahun menjadi sel abnormal (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)., 2013). Kanker kolon lebih banyak pada laki-laki dibandingkan perempuan karena gaya hidup laki-laki yang gemar dan kebanyakan yang merokok dan minum-minuman beralkohol ini bisa menyebabkan bertumbuhnya sel kanker (Nasional, 2014). Pola kebiasaan makan pasien yaitu yang rendah serat dan seringnya pasien makan-makanan yang sembarangan. Factor asupan makan (kebiasaan makan) yang saat ini paling

banyak mendapatkan perhatian adalah rendahnya kandungan serat pada sayuran yang tidak dapat diserap dan tingginya kandungan lemak dari daging (Robbins, 2012). Pasien juga memiliki riwayat penyakit dahulu yaitu diabetes mellitus. Diabetes dijuluki sebagai ibu dari semua penyakit, karena penyakit yang menyebabkan gula darah pada seseorang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko berbagai penyakit. Diabetes jadi penyebab meningkatnya risiko kanker usus besar maupun rectum karena menyebabkan peradangan yang bisa merusak DNA sel (Society, 2019). Adanya diabetes mellitus bisa juga memperlambat proses penyembuhan dari pembedahan *Pro Reverse Stoma* pada pasien.

4.3 Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien adalah pasien mengatakan cemas dan takut akan tindakan operasi takut gagal, pasien juga terlihat tegang. Operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh. Pandangan setiap orang dalam menghadapi pre operasi berbeda seperti contoh ada yang ansietas (Nisa *et al.*, 2019). Pada riwayat penyakit sebelumnya pasien pernah menjalankan prosedur pembedahan pembuatan kolostomi pada usia 61 tahun dan pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus.

4.4 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik ada 3 tahap, antara lain:

1. Pre Operasi

Pemeriksaan pre operatif didapatkan pasien mengatakan bahwa pasien cemas akan prosedur operasi yang akan dilakukan saat ini dan hasil pemeriksaan menunjukkan muka pasien tampak tegang dan selalu bertanya tentang prosedur

operasi yang akan dijalani dan tanda – tanda vital kesadaran umum baik, kesadaran kompos mentis, GCS 456, dengan total 15, tekanan darah 107/77 mmHg, Nadi 94 x/menit, Suhu 35,7 %, RR 20 x/menit, berat badan 60 kg, tinggi badan 165 cm.

2. Intra Operasi

Pemeriksaan intra operasi didapatkan pasien tampak dingin dan suhu tubuhnya 35,5 °C dan pemantauan saat pelaksanaan intra operasi terpasang infus dengan cairan NS 500 ml 166 tpm dengan jenis operasi bersih terpantau dengan pemasangan ETT. Obat selama anastesi Dripp Paracetamol 100 cc 10tpm. Jumlah kassa 20 Kassa saat operasi berjumlah kurang lebih 20, pemantauan vital tekanan darah 137/92 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 13 x/menit, SpO2 100%, Respiratory Mode : terkontrol.

3. Post Operasi

Pada pemeriksaan post operasi didapatkan hasil pengkajian bahwa mengeluh nyeri didaerah luka atau bekas operasi dan mual, pasien tampak memegang bagian bekas operasinya, tampak tidak nyaman saat bergerak dan muka tampak tegang karena mual. Saat dilakukan pengkajian lebih lanjut didapatkan jalan nafas tidak terdapat suara nafas tambahan, penafasan dibantu dengan menggunakan imple mask dengan konsentrasi 5 liter per menit, dan diberikan posisi supinasi, sirkulasi didapat frekuensi nadi 109 kali per menit, irama jantung reguler dan tidak ada kelainan jantung, Pasca operasi pasien dirawat dalam posisi lateral dan terus diberikan cairan IV. Antibiotik interavena yang sama dilanjutkan sampai hari ke 7.

4.5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Pro Reverse Stoma* (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional

Saat dilakukan pengkajian data subjektif didapatkan pasien mengatakan cemas akan operasinya dan takut jika operasinya gagal dan didapatkan data objektif pasien tampak cemas, tampak gelisah, tampak pucat.

Pandangan setiap orang dalam menghadapi pre operasi berbeda, sehingga responpun berbeda. Setiap akan menghadapi pre operasi selalu timbul ansietas (Nisa *et al.*, 2019). Adapun data mayor, data subjektif: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi. Data obajektif: tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)..

Menurut asumsi penulis wajar pasien jika mengalami cemas saat akan dilakukan operasi karena takut akan mengalami kegagalan saat operasi.

2) Hipotermi Berhubungan Dengan Terpapar Suhu Lingkungan Rendah

Didapatkan data objektif suhu tubuh pasien 35,5°C, kulit teraba dingin, dasar kuku sianotik.

Hipotermia selalu menjadi tantangan klinis saat merawat pasien yang menjalani prosedur pembedahan. Pasien yang menjalani pembedahan abdomen merupakan salah satu populasi yang berisiko besar mengalami hipotermia (Pratiwi *et al.*, 2021). Adapun data mayor, data objektif: kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh dibawah nilai normal (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)..

Menurut asumsi penulis bahwa pasien dengan tindakan operasi dengan suhu ruangan kamar operasi yang rendah yaitu 20° pasien bisa saja mengalami kedinginan, menggigil karena terpaparnya suhu lingkungan yang rendah.

3) Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

Hasil data subjektif pasien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasinya. P: luka bekas operasi, Q: seperti di tusuk-tusuk, R: abdomen sebelah kanan, S: 5 (0-10), T: hilang timbul 15-20 menit dan data objektif Pasien tampak memegang area abdomen yang nyeri, Pasien tampak waspada, Pasien tampak meringis

Nyeri akut secara serius mengancam penyembuhan klien pasca operasi sehingga menghambat kemampuan klien untuk terlibat aktifitas dalam mobilisasi, rehabilitasi dan hospitalisasi menjadi lama (Utami & Khoiriyah, 2020). Adapun data mayor, data subjektif: mengeluh nyeri, data objektif: tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)..

Menurut asumsi penulis nyeri akut yang dialami pasien hal yang wajar karena pasien sudah dilakukan operasi dan itu akan menimbulkan nyeri. Salah satu hal yang akan terjadi saat setelah operasi yaitu nyeri yang merupakan salah satu efek dari proses operasi, nyeri yang dialami oleh pasien post operasi adalah nyeri akut.

4) Nausea Berhubungan Dengan Efek Agen Farmakologi

Data diagnosa keperawatan diangkat berdasarkan pengkajiann yang diperoleh pada data subjektif setelah dilakukan pembedahan dimana dalam keadaan tersebut pasien mengatakan setelah tindakan operasi merasa mual. Data objektif didapatkan pasien tampak tegang, tampak pusat, nadi 109 kali per menit.

Anastesi fentanyl dapat menghasilkan berbagai manfaat dan efek samping (seperti depresi, nyeri, mual dan muntah) (Inayati, 2012). Kondisi mual dan

muntah pasca operasi yang dikenal dengan istilah *Post Operative Nausea Vomiting* (PONV) adalah salah satu komplikasi yang sering muncul dan dikeluhkan pada pasien pasca pembedahan menggunakan anastesi umum (Arif, 2022). Adapun data mayor, data subjektif: mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis wajar bila pasien mengalami mual dan muntah karena efek dari anastesi general. Awitan dan durasi merupakan efek farmakokinetik yang paling penting pada anestetik intravena ketika digunakan sebagai induksi anatesi.

4.6 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implimentasi yang telah diberikan.

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi ansietas yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil: perilaku gelisah menurun dan perilaku tegang menurun. Intervensi yang diberikan yaitu: monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk kecemasan dan anjurkan keluarga memberikan motivasi kepada pasien.

Menurut penelitian bahwa dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh penderita sakit, anggota keluarga sangat penting, sehingga anggota keluarga yang sakit merasa nyaman dan dicintai apabila dukungan keluarga tersebut tidak adekuat

maka merasa diasingkan, sehingga mudah mengalami ansietas saat menjalani operasi (Nisa *et al.*, 2019).

Menurut opini penulis dukungan dari keluarga mampu memberikan semangat kepada anggota keluarga yang sedang menjalani operasi karena disaat akan melakukan operasi atau pembedahan pasien akan cemas takut akan gagal saat dilakukan operasi maka dukungan dari keluarga sangat mampu memberikan kekuatan kepada penderita.

2. Hipotermi berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi hipotermi yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan hipotermi menurun dengan kriteria hasil: suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, pucat menurun. Intervensi yang diberikan yaitu: monitor suhu tubuh, identifikasi terhadap hipotermia, lakukan penghangatan aktif internal seperti : berikan selimut dan berikan dressing dengan Nacl yang dihangatkan.

Pembedahan abdomen merupakan salah satu dari pembedahan mayor, yang membutuhkan pemberian anastesi umum, memerlukan durasi operasi yang lebih lama dibandingkan dengan operasi minor, dan juga adanya paparan yang besar dari rongga tubuh yang terbuka selama operasi. Intervensi lain untuk mempertahankan normotermia selama pembedahan salah satunya yaitu pemberian cairan intravena dan cairan irigasi yang hangat (Pratiwi *et al.*, 2021).

Menurut asumsi penulis jika saat berada diruang operasi akan wajar jika mengalami hipotermia karena terpapar suhu lingkungan yang rendah karena diruang operasi diharuskan untuk mencegah adanya bakteri berkembang baik yang memungkinkan terjadinya infeksi terhadap pasien dan intervensi pemberian irigasi

yang sudah dihangatkan sangat baik untuk pasien yang sedang menjalani operasi.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi nyeri akut yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun. Intervensi yang diberikan yaitu: jelaskan terhadap periode dan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

Nyeri akut secara serius mengancam penyembuhan klien pasca operasi sehingga menghambat kemampuan klien untuk terlibat aktif dalam mobilisasi, rehabilitasi, dan hospitalisasi menjadi lama. Upaya yang dapat dilakukan perawat dalam menangani nyeri post operasi dapat dilakukan dengan manajemen penatalaksanaan nyeri mencakup pendekatan farmakologis dan non-farmakologis. Terapi non farmakologi sebagai alternatif untuk memaksimalkan penanganan nyeri pasca operasi. Terapi non-farmakologi memberikan efek samping yang minimal pada pasien serta dengan terapi nonfarmakologi perawat mampu secara mandiri dalam pelaksanaan terapi dengan keputusannya sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Pendekatan non-farmakologi antara lain stimulasi dan massase kutaneus, terapi es dan panas, stimulasi saraf elektrik transkutan, distraksi, tehnik relaksasi, aromaterapi dan hypnosis (Utami & Khoiriyah, 2020).

Menurut asumsi penulis nyeri post operasi wajar karena adanya pembembedahan sebelumnya dan bekas dari pembedahan akan menimbulkan nyeri

saat obat anastesi sudah habis. Diberikan dan diajarkannya tehnik non-farmakologi ini bisa membantu mengurangi nyeri yang dirasakan pasien karena itu pasien bisa menjadi rileks.

4. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi nausea yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan nausea membaik dengan kriteria hasil: keluhan mual menurun dan perasaan ingin muntah menurun. Intervensi yang diberikan yaitu: anjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara dini, jelaskan obat yang diberikan, jelaskan cara obat secara umum, ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan.

Terapi sementara ini yang telah diberikan dari rumah sakit adalah pemberian terapi farmakologi dengan pemberian obat ondancetron. Namun dalam pemberian terapi untuk mempercepat penanganan mual muntah yang terjadi, dapat diberikan terapi selain terapi farmakologi. Penanganan mual muntah pasca operasi juga dapat diturunkan dengan terapi non farmakologi, salah satunya adalah mobilisasi dini (Arif, 2022).

Menurut asumsi penulis saat setelah obat anastesi habis bukan hanya nyeri yang akan timbul tetapi juga bisa mual sampai muntah karena efek dari obat anastesinya, obat yang diberikan oleh dokter akan membantu pasien untuk mengurangi rasa mual dan muntahnya dan juga mobilisasi dini juga bisa mengurangi mual dan muntah pasien.

4.7 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana (intervensi) keperawatan yang telah disusun mencakup tindakan mandiri, dan

kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk dari tenaga medis lainnya. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi dokumentasi selama 1x24 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift. Soap didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan.

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Memonitor tanda-tanda ansietas untuk mendapatkan hasil perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, memberikan lingkungan yang aman untuk pasien seperti memotivasi untuk memperbanyak berdoa selama dilakukan operasi, berada didekat pasien untuk menenangkan.

Menurut andi palla (2018), komunikasi terapeutik memberikan pengertian antara perawat dan pasien dengan tujuan membantu pasien memperjelas dan mengurangi beban pikiran serta diharapkan dapat menghilangkan kecemasan. Untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan pasien perlu ditekankan bahwa kesan lahiriah perawat mampu berbicara banyak, baik mulai profil tubuh atau wajah terutama senyum yang tulus dari perawat, kerapian berbusana, sikap yang familiar dan yang paling penting adalah cara berbicara (Palla et al., 2018).

Menurut opini penulis komunikasi terapeutik dapat menurunkan kecemasan pasien, karena pasien merasa bahwa interaksinya dengan perawat merupakan kesempatan untuk berbagi pengetahuan, perasaan dan informasi dalam rangka mencapai tujuan keperawatan yang optimal, sehingga proses pelaksanaan operasi dapat berjalan lancar tanpa adanya kendala.

2. Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Memonitor suhu tubuh pasien untuk mendapatkan hasil suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, pucat menurun, mengidentifikasi penyebab hipotermia seperti terpapar suhu lingkungan yang rendah, dan melakukan penghangatan aktif internal seperti penghangatan irigasi NaCl.

Intervensi dan tindakan pencegahan hipotermia diperlukan untuk diberikan pada pasien dengan pembedahan, sehingga dapat menghindari terjadinya komplikasi lebih lanjut pada pasien. Panduan pencegahan hipotermia yang dikeluarkan oleh Association of periOperative Registered Nurses (AORN) (2016) dan NICE (2016), menyebutkan bahwa terdapat beberapa tindakan yang dapat dilakukan yaitu dilakukannya penghangatan aktif seperti cairan irigasi yang dihangatkan efektif untuk penanganan pasien hipotermia selama operasi (Pratiwi et al., 2021).

Menurut asumsi penulis diberikannya cairan irigasi yang dihangatkan akan mengurangi atau menurunkan hipotermia pada pasien karena pemahaman yang baik tentang manajemen hipotermia perioperatif pada perawat merupakan bagian yang paling penting untuk pencegahan komplikasi lebih lanjut pada pasien.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Menjelaskan penyebab periode dan strategi meredakan nyeri untuk mendapatkan hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, memberikan menggunakan ketolac 10 mg dan mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik nafas dalam.

Teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi merupakan teknik

nonfarmakologi untuk menurunkan nyeri. Sesuai dengan penelitian yang menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi yang dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien post operasi (Ediyanto, 2019).

Menurut asumsi penulis tehnik relaksasi nafas dalam akan menurunkan nyeri pada pasien post operasi karena akan merilekskan otot yang menimbulkan nyeri.

4. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi

Menjelaskan obat yang diberikan untuk mendapatkan hasil keluhan mual menurun untuk mendapatkan hasil keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, perasaan ingin muntah menurun, menjelaskan cara obat secara umum seperti efek samping dan cara kerja obat, dan mengajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan seperti mual dan muntah. Kolaborasi: Memberikan obat anti mual ondansetron 2x8 mg melalui IV.

Ondansetron adalah obat-obatan yang sering digunakan untuk mencegah PONV. Ondansetron merupakan obat selektif terhadap antagonis reseptor 5-hidroksi-triptamin (5-HT₃) di otak, dan bekerja pada aferen nervus vagus¹⁵. Bahaya Insiden PONV harus dicegah karena dapat menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan. Ondansetron memiliki efek antiemetik lebih kuat dibanding metoklopramid. Ondansetron merupakan obat selektif terhadap reseptor antagonis 5- hidroksitriptamin (5-HT₃) di otak. Selain selektifitasnya, ondansetron diduga lebih efektif daripada metoklopramid mengingat kerjanya pada aferen nervus vagus (Sakti & K, 2016).

Menurut opini penulis pemberian obat ondansetron untuk pasien saat mengalami mual setelah operasi sangat tepat karena indikasi dari obatnya sendiri yaitu mencegah serta mengobati mual muntah yang bisa disebabkan oleh efek

samping kemoterapi, radioterapi, dan operasi.

4.8 Evaluasi Keperawatan

1) Evaluasi keperawatan Pre Operasi

Pada saat dilakukan implementasi dengan diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional tanggal 21 juni 2022 pada pukul 09.00 WIB pasien mengatakan ansietas berkurang dan pasien sudah tidak tegang. Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien sudah tidak tampak tegang, tidak gelisah, frekuensi nadi: 80x/mnt, TD: 100/80 mmHg.

2) Evaluasi keperawatan Intra Operasi

Pada saat dilakukan implementasi dengan diagnosa hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah pada tanggal 21 juni 2022 pada pukul 10.00 WIB didapatkan suhu: 36, 5 °c, dasar kuku pasien tidak sianotik, kulit teraba hangat.

3) Evaluasi keperawatan Post Operasi

Pada saat dilakukan implementasi dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen penera fisik pada tanggal 21 juni 2022 pada pukul 12.00 WIB didapatkan nyeri berkurang pada perutnya atau bekas operasi p: luka bekas oprasi, q: seperti ditusuk-tusuk, r: abdomen sebelah kanan, s: 3(0-10), t: hilang timbul 5 menit dan data objektif didapatkan pasien sudah tidak tampak meringis, tidak tampak memegang area perut yang nyeri, pasien tidak tampak waspada.

Pada saat dilakukan implementasi dengan diagnosa nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis pada tanggal 21 juni 2022 pada pukul 12.00 WIB, pasien mengatakan sudah berkurang rasa mualnya dan tidak pucat.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis *Pro Reverse Stoma* di Ruang Ok Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian pre operasi didapatkan pasien merasa cemas saat akan dilakukan tindakan operasi dikarenakan pasien takut terhadap operasi yang dijalani tidak berhasil atau terjadi hal yang tidak diinginkan. Pengkajian Intra operasi didapatkan pasien hipotermia karena terpapar suhu lingkungan yang rendah dan saat dilakukan pengkajian post operasi didapatkan pasien mengeluh nyeri dibagian bekas operasi dan mengeluh mual karena efek dari obat anastesi.
2. Dari diagnosa *Pro Reverse Stoma* didapatkan diagnosa keperawatan pada pre operasi: Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, intra operasi: hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah, dan post operasi: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis.
3. Intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *pro reverse stoma* dilakukan sesuaikan dengan diagnosa keperawatan ansietas: monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan lingkungan terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan dan pasien diajarkan tarik nafas dalam dengan kriteria hasil: Tingkat ansietas menurun, hipotermia: memonitor suhu tubuh pasien 35,5°C, mengidentifikasi penyebab hipotermia, dan melakukan penghangatan seperti

memberikan dressing hangat dengan kriteria hasil: tingkat hipotermia menurun, saat dilakukan intervensi nyeri akut dilakukan: jelaskan penyebab periode dan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor secara mandiri, anjurkan menggunakan analgesik secara tepat, dan ajarkan teknik nonfarmakologis seperti tarik nafas dalam dengan kriteria hasil: nyeri akut berkurang, dan dilakukan intervensi pada diagnosa nausea dilakukan: jelaskan obat yang diberikan, jelaskan cara obat secara umum, ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan dengan kriteria hasil: tingkat nausea menurun.

4. Implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *pro reverse stoma* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ada: pasien dengan diagnosa ansietas dilakukan memberikan lingkungan yang aman bagi pasien dan berada didekat pasien untuk menenangkannya, diagnosa dengan hipotermia dilakukan memonitor suhu tubuh pasien, mengidentifikasi penyebab hipotermia, dan melakukan penghangatan aktif seperti memberikan dressing yang hangat bagi pasien, diagnosa dengan nyeri akut dilakukan menjelaskan penyebab periode dan strategi nyeri, mengajarkan pasien relaksasi nafas dalam dan memberikan obat analgesik, dan diagnosa nausea pasien dilakukan menjelaskan obat yang diberikan, menjelaskan cara obat secara umum, mengajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan dan memberikan obat anti mual ondancetron secara IV 2x8 ml.
5. Evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *pro reverse stoma* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yaitu: ansietas berhubungan dengan krisis situasional didapatkan hasil pasien sudah tidak gelisah, tegang, pucat dan tanda-tanda vital saat dilakukan masih menunjukkan TD: 100/80 mmHg dan

nadi: 94x/mnt, hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah didapatkan suhu badan pasien yaitu 36,5°C karena suhu kamar operasi yang dingin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan pasien sudah tidak tampak memegang daerah bekas operasi, tidak meringis, dan mual berhubungan dengan efek agen farmakologi didapatkan pasien tidak pucat, pasien tidak tegang dan nadi 109x/mnt.

5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam gerak aktif dan Perhatikan pola makan dan nutrisi pasien agar bisa mempengaruhi tingkat kesembuhan pasien.
2. Bagi Rumah Sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Pada ruangan juga sangat diperlukan komunikasi efektif sehingga meminimalisir terjadinya ketidaktepatan pemahaman informasi.
3. Bagi perawat OK Central hendaknya lebih bisa mengatasi waktu penjadwalan yang telah disesuaikan dengan list pembedahan harian
4. Bagi penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham H. Maslow. (2013). *Motivasi dan Kepribadian (Teori Motivasi dengan Pendekatan Hierarki Kebutuhan Manusia)*.
- AORN. (2013). *Perioperative Standards and Recommended Practices*.
- Arif, T. (2022). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Post Operative Nausea and Vomiting Pada Pasien Post Operasi Dengan General Anestesi Di Rumah Sakit Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 11(1), 26–33. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v11i1.288>
- Desen, W. and Japaries, W. (2013). *Onkologi Klinis*.
- Dini Komalasari. (2015). *Ilmu Bedah*.
- Diyono Mulyanti. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan, Dilengkapi Contoh Studi Kasus Dengan Aplikasi Nanda Nic Noc*.
- Doherty, G. (2017). *Current Diagnosis and Treatment Sursery*.
- Ediyanto, A. K. (2019). Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri pada Klien Post Hemoroidektomi di RSK Ngesti Waluyo Parakan Temanggung. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), 32. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v1i2.189>
- Ferri, f. (2018). *Ferri's Clinical Advisor*.
- Ghoncheh, P. and S. (2016). *Epidemiology, Incidence and Mortality of Breast Cancer in Asia*.
- Hidayat, A. A. (2014). *Metode Penelitian Keperawatan & Teknik Analisa Data*.
- Hingorani, M., dan Sebag-Montefiore, D. (2011). *Oxford Desk Reference Oncology*.
- Hipkabi. (2014). *Buku Pelatihan Dasar-Dasar Keterampilan bagi Perawat Kamar Bedah*.
- Inayati, I. D. K. Z. I. (2012). Evaluasi Efektivitas dan Keamanan Penggunaan Obat Anestesi Umum di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Farmasains : Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kesehatan*, 2(1). <https://doi.org/10.22219/far.v2i1.1152>
- Info Kesehatan. (n.d.). *Gambar kolon dan rectum*.
- John Hopkins Medicine Colon Cancer Centre. (2015). *Colorectal Cancer Overview*.
- kemenkes. (2016). *Panduan Penatalaksanaan Kanker Kolorektal*.
- Kumala sari & Arif muttaqin. (2014). *Gangguan Gastrointestinal (Aplikasi asuhan keperawatan medical bedah)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Manggarsari. (2013). *Asuhan Keperawatan kolostomi pada Ny. R dengan kanker kolorektal di lantai 5 bedah rspad gatot soebroto*.

- Menon, J. and Mustafa, M. (2016). Colorectal Cancer: Pathogenesis, Management and Prevention. *IOSR Journal of Dental Ang Medical Sciences*.
- Mirianti, D. P. (2011). *Hubungan Pengetahuan dan Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Katarak Di Poli Klinik Mata Rumah Sakit Islam Siti Khodijah Palembang*.
- Nasional, K. P. K. (2014). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Kanker Kolorektal*.
- Nisa, R. M., PH, L., & Arisdiani, T. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Ansietas Pasien Pre Operasi Mayor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(2), 116. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.2.2018.116-120>
- Nurhayati, D., Mardhiyah, A., & Adistie, F. (2017). Kualitas Hidup Anak Usia Toddler Paska Kolostomi Di Bandung. *NurseLine Journal*, 2(2), 166.
- Palla, A., Sukri, M., & Suwarsi. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Iqra*, 7(1), 45–53.
- Pratiwi, N. K. D. T., Raya, N. A. J., & Puspita, L. M. (2021). Manajemen Hipotermia Dalam Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Yang Menjalani Pembedahan Abdomen: a Literature Review. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 9(5), 497. <https://doi.org/10.24843/coping.2021.v09.i05.p02>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Kementrian Kesehatan RI*.
- Robbins, S. P. and M. C. (2012). *Manajemen, Elevent Edition (United States of America: Pearson Education Limited)*.
- Sakti, Y. B. H., & K, M. H. B. (2016). Perbandingan Antara Pemberian Ondansetron dengan Pemberian Metoklopramid untuk Mengatasi Mual dan Muntah Paska Laparatomi di RSUD Prof. dr. Margono Soekarjo. *Jurnal Sainteks*, 13(1), 22–31.
- Saputra, S., Waluyo, A., & Widakdo, G. (2020). Edukasi Seksual Dengan Media Visual Terhadap Peningkatkan Pemahaman Cara Pemenuhan Kebutuhan Seksual Pada Ostomate. *Indonesian Journal of Nursing Science and Practice*, 3(1), 1–6.
- Sari, M. I., Wahid, I., & Suchitra, A. (2019). Kemoterapi Adjuvan pada Kanker Kolorektal. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1S), 51. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i1s.925>
- Sayuti, M., & Nouva, N. (2019). Kanker Kolorektal. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 5(2), 76. <https://doi.org/10.29103/averrous.v5i2.2082>
- Setiani, D. (2017). Identifikasi Tingkat Kecemasan Pre Operasi Pasien Fraktur di Ruang Aster dan Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2), 83–87. <https://doi.org/10.30650/jik.v5i2.55>

- Sjamsuhidajat, R, dkk. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah*.
- Smeltzer, C, S dan Bare, G, B. (2017). *Buku Ajar Medikal Bedah Brunner & Suddarth*.
- Society, A. C. (2014). *Cancer facts and figures*.
- Society, A. C. (2019). *Breast Cancer*.
- Stuart, W. G. and Laraia, M. . (2013). *Prinsip dan Praktek Keperawatan Psikiatri*.
- Suratun dan Lusianah. (2014). *Asuhan Keperawatan Gastrointestinal*.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.
- Utami, R. N., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparatomi Menggunakan Aromaterapi Lemon. *Ners Muda*, 1(1), 23. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5489>
- Wendy, Y. M. (2013). *Carsinoma Colorektal*. Available.
- Wian. (2012). *Kolostomi dan Perawatan kolostomi di rumah*.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*.

LAMPIRAN 1

CURRICULUM VITAE

NAMA : Reza Meidita Sari
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 21 Mei 1999
Alamat : Karang Tembok GG 5 No. 7A
E-mail : Meiditareza@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. TK Bina AnaPrasa Kartini 2003-2005
2. MI KHM-NUR Surabaya 2005-2011
3. SMP Bhayangkari 8 Surabaya 2011-2014
4. SMK Al-Irsyad Surabaya 2014-2017
5. S1 STIKES HANG TUAH SURABAYA 2017-2021

LAMPIRAN 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Tidak ada yang tidak mungkin saat kamu berusaha dan berdoa kepada tuhanMu. Ia akan memberikan apa yang engkau butuhkan bukan apa yang engkau inginkan”

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik. Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Kepada Alm. ayahku Mato'ib dan ibuku Siti Romlah serta kakak-kakakku, yang telah memberikan dukungan moril dan materil.
2. Lidya Novita Sari, S.Kep., Safirah Hasnah, S.Kep., Aliffian Sabrina Atika,S.Kep., Githa Immarta Putri, S.Kep., Sevia Ningsih, Neza Albelgies Y, Lutfiah Anindyani S, S.Kep., Siti Rodyah (Mitha), Imas Ayuningtyas.
3. Teman sekelompok bimbingan Karya Ilmiah Akhir Riski Firlana Aysha P, S.Kep., Bening Juwita A, S.Kep., Rizki Pratama H, S.Kep., yang membantu mengerjakan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Rekan-rekan Profesi, seangkatan 12, dan sealmamater yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini terimakasih telah bekerja sama dengan baik.

LAMPIRAN 3

**LEMBAR KONSUL/BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI NERS KEPERAWATAN STIKES HANG
TUAH SURABAYA TA. 2022**

Nama : Reza Meidita Sari


NIM : 2130047

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn. D Dengan
Diagnosa Medis *Pro Reverse Stoma* Dengan *Ca Colon* di OK
Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

NO	HARI/ TANGGAL	BAB/ SUBBAG	KONSUL BIMBINGAN	TANDA TANGAN
1	Senin, 20 Juni 2022	Koordinasi pengambilan data di Ok Central	Bu Ninik Ambar Sari	
2	Selasa, 21 Juni 2022	Koordinasi pengambilan data di Ok Central	Pak Tri Sunu	
3	Jumat, 24 Juni 2022	Pembahasan BAB 3	Bu Ninik Ambar Sari	
4	Senin, 27 Juni 2022	Pembahasan BAB 3	Pak Tri Sunu	
5	Selasa, 28 Juni 2022	Pembahasan BAB 1,2,3,4	Bu Ninik Ambar Sari	
6	Jumat, 01 Juni 2022	Pembahasan Acc BAB 3	Pak Tri Sunu	
7	Jumat, 01 Juni 2022	Revisi BAB 1,2,3,4	Bu Ninik Ambar Sari	
8	Kamis, 18 Agustus 2022	Konsul Hasil Revisi	Bu Ninik Ambar Sari	
9	Kamis, 18 Agustus 2022	Konsul Hasil Revisi	Pak Tri Sunu	

LAMPIRAN 4

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PEMASANGAN KATETER		
PROSEDUR TETAP	TGL.TERBI T	NO.DOC- HAL	Praktek Klinik Keperawatan Medikal Bedah Profesi Ners
PENGERTIAN	Suatu tindakan keperawatan dengan cara memasukkan kateter kedalam kandung kemih melalui uretra		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostic 2. Eksplorasi uretra apakah terdapat seansosis atau lesi 3. Mengetahui residual urine setelah miksi 4. Memasukan kontras kedalam buli – buli 5. Mendapatkan specimen urine steril 6. Therapeutic : memenuhi kebutuhan eliminasi urine 7. Kateterisasi menetap (indwelling catherezation) 8. Kateterisasi sementara (intermittercatherization) 		
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatasi retensi atau tertahannya urine 2. Mengukur dan memantau jumlah output urine 3. Mengosongkan kandung kemih sebelum atau selama operasi 4. Untuk memperoleh urine steril 5. Mengurangi ketidaknyamanan pada distensi 		
KONTRAINDIK ASI			
PROSEDUR	TAHAP PRA-INTERAKSI		

PELAKSANAAN	<p>1. PERSIAPAN ALAT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Handschoen steril 2. Handschoen Bersih 3. Kateter steril sesuai ukuran dan jenis 4. Urobag 5. Doek lubang steril 6. Jelly 7. Lidokain 1% dicampur jelly (perbandingan 1 :1) masukkan dalam spuit (tanpa jarum) 8. Larutan antiseptic + kassasteril 9. Perlak dan pengalas 10. Pinset anatomis 11. Bengkok 12. Spuit10 cc berisi aquades 13. Urinal bag 14. Plester / hypavik 15. Gunting 16. Sampiran <p>2. PERSIAPAN PERAWAT</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Manajemen penampilan b) Mencuci tangan 6 langkah c) Memakai APD <p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pastikan identitas dan kondisi klien b) Posisikan pasien yang nyaman :supinasi c) Jaga privasi klien <p>4. PERSIAAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> a) MenutupTirai b) Keluarga
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Komunikasi Terapeutik (memberi salam)

	<p>b) Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien</p> <p>c) Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali</p> <p>d) Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga</p> <p>e) Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan....?</p> <p>f) Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi</p> <hr/> <p>TAHAP KERJA</p> <p>PASIEN PRIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 3. Siapkan alat disamping klien 4. Siapkan ruangan dan pasang sampiran 5. Cuci tangan 6. Atur posisi pasien dengan terlentang abduksi 7. Pasang pengalas 8. Pasang selimut, daerah genetalia terbuka 9. Pasang handscoon on steril 10. Letakkan bengkok diantara kedua paha 11. Cukur rambut pubis 12. Lepas sarung tangan dan ganti dengan sarung tangan steril 13. Pasang doek lubang steril 14. Pegang penis dengan tangan kiri lalu preputium ditarik ke pangkalnya dan bersihkan dengan kassa dan antiseptic dengan tangan kanan 15. Beri jelly pada ujung kateter(12,5 – 17,5 cm). 16. Pemasangan indwelling padapria : jelly dan lidokain dengan perbandingan 1 : 1 masukkan kedalam uretra dengan spuit tanpa jarum 17. Ujung uretra ditekan dengan ujung jari kurang lebih 3-5 menit sambil dimasase
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> 18. Masukkan kateter pelan – pelan, batang penis diarahkan tegak lurus dengan bidang horizontal sambil anjurkan untuk menarik napas. 19. Perhatikan ekspresi klien 20. Jika tertahan jangan dipaksa 21. Setelah kateter masuk isi balon dengan cara aquades bila untuk indwelling, fiksasi ujung kateter dipaha pasien. 22. Pasang urobag disamping tempat tidur 23. Lihat respon klien dan rapikan alat 24. Cuci tangan 25. Dokumentasikan tindakan <p>PASIEN WANITA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri 2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan 3. Siapkan alat disamping klien 4. Siapkan ruangan dan pasang sampiran 5. Cuc itangan 6. Atur posisi pasien dengan telentang abduksi 7. Berdiri disebelah kanan tempat tidur klien 8. Pasang pengalas 9. Pasang selimut, daerah genetalia terbuka 10. Pasang handscoon on steril 11. Letakkan bengkok diantara kedua paha 12. Cukur rambut pubis 13. Lepas sarung tangan dan ganti dengan sarung tangan steril 14. Pasang doek 15. Bersikan vulva dengan kasa, buka labia mayoer, dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri, bersihkan bagian dalam 16. Beri jelly pada ujung kateter (2,5 – 5 cm) lalu masukkan pelan – pelan ujung kateter pada meatus uretra sambil pasien dianjurkan menarik napas. Perhatikan respon klien 17. Setelah kateter masuk isi balon dengan cairan aquades 10 cc
--	---

	<p>18. Fiksasi</p> <p>19. Sambung dengan urobag</p> <p>20. Rapikan alat</p> <p>21. Buka handschoon dan cuci tangan</p> <p>22. Dokumentasikan tindakan</p>
	<p>TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward. Ex: terimakasih ibu atas kerjasamanya2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan. Ex: jika ibu membutuhkan kami silahkan pencet bel atau datang di ruang keperawatan3. Mengucapkan salam terapiutik. Ex: wassalamualaikum/selamat pagi/siang/malam4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan perkembangan klien5. Catat tgl dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien