

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS CA COLON +  
ILEUSTOMY POST OPERASI TUTUP STOMA + REPAIR FISTEL  
HARI KE 1 PADA TN.O DI RUANG C1RSPAL DR. RAMELAN  
SURABAYA**



Oleh :

**MIFTAKHATU FAUZIYYAH., S,Kep**  
NIM : 2230067

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU  
KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS CA COLON +  
ILEUSTOMY POST OPERASI TUTUP STOMA + REPAIR FISTEL  
HARI KE 1 PADA TN.O DI RUANG C1RSPAL DR. RAMELAN  
SURABAYA**

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



Oleh :

**MIFTAKHATU FAUZIYYAH., S.Kep**  
NIM : 2230067

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU  
KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2023**

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Miftakhatu Fauziyyah, S.Kep

Nim : 2230067

Tempat,tanggal,lahir : Sidoarjo, 27Juni 1999

ProgramStudi : Pendidikan ProfesiNers

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : **“Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosis Medis Ca Colon + Ileostomy Post Operasi Tutup Stoma + Repair Fistel hari Ke-1 Pada Tn.O Di Ruang C1 RSPAL DR Ramelan Surabaya”**, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang TuahSurabaya.

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

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

Surabaya, 19 Januari 2023

**Miftakhatu Fauziyyah., S.Kep**  
**NIM. 2230067**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Miftakhatu Fauziyyah., S.Kep  
Nim : 2230067  
ProgramStudi : Pendidikan ProfesiNers  
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosis Medis Ca  
Colon + Ileostomy Post Operasi Tutup Stoma + Repair Fistel hari Ke-1 Pada Tn.O  
Di Ruang C1 RSPAL DR Ramelan Surabaya.

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

**NERS (Ns.)**

Surabaya, 2023

Pembimbing

Pembimbing

**Christina Yulastuti, S.Kep., Ns., M. Kep**  
NIP. 03017

**Novi Indriyatje R, S.Kep.,Ns.**  
NIP. 198604162008122002

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 19 Januari 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Miftakhatu Fauziyyah , S.Kep

NIM : 2230067

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosis Medis Ca Colon +  
Ileostomy Post Operasi Tutup Stoma + Repair Fistel hari Ke-1  
Pada Tn.O Di Ruang C1 RSPAL DR Ramelan Surabaya

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

Penguji I : **Christina Yulastuti, S.Kep., Ns., M. Kep** \_\_\_\_\_  
NIP.03017

Penguji II : **Novi Indriyatie R, S.Kep.,Ns.** \_\_\_\_\_  
NIP. 198604162008122002

Penguji III : **Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns., M.Kep, Sp.KMB** \_\_\_\_\_  
NIP. 03023

**Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns., M.Kep.**  
NIP.03009

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL .....</b>	<b>xi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB1PENDAHULUAN .....</b>	<b>2</b>
1.1 Latar Belakang .....	2
1.2 RumusanMasalah .....	6
1.3 TujuanPenulisan.....	6
1.3.1 TujuanUmum .....	6
1.3.1 TujuanKhusus .....	6
1.4 Manfaat .....	7
1.4.1 Akademis .....	7
1.4.2 SecaraPraktis .....	7
1.5 Metode Penulisan .....	8
1.5.1 Teknik PengumpulanData.....	9
1.5.2 Sumber Data .....	9
1.5.3 Studi Kepustakaan .....	9
1.5.4 Sistematika Penulisan.....	10
<b>BAB 2TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Konsep Teori Kanker Kolorektal .....	11
2.1.1 Definisi Kanker Kolorektal.....	11
2.1.2 Anatomi Fisiologi .....	11

2.1.3 Etiologi .....	14
2.1.4 Patofisiologi .....	16
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	18
2.1.6 Komplikasi .....	20
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang .....	21
2.1.8 Penatalaksanaan Medis .....	22
2.1.9 Penatalaksanaan Bedah .....	26
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Diagnosa Medis Ca Colon .....	33
2.2.1 Pengkajian .....	33
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	37
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	38
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	42
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	42
2.3 Kerangka Masalah.....	43
2.4 Konsep Nyeri .....	44
2.4.1 Definisi Nyeri.....	44
2.4.2 Mekanisme Nyeri .....	44
2.4.3 Klasifikasi Nyeri .....	45
2.4.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri .....	46
2.4.5 Pengukuran Nyeri.....	48
2.4.6 Manajemen Nyeri.....	50
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>54</b>
3.1 Pengkajian .....	52
3.1.1 Data Dasar .....	10
3.1.2 Pemeriksaan Fisik .....	52
3.1.3 Pengkajian .....	53
3.2 Diagnosis Keperawatan.....	52
3.2.1 Analisa data.....	54
3.2.2 Prioritas masalah .....	58
3.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	59
3.4 Implementasi Dan Evaluasi.....	61
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>79</b>

4.1	Pengkajian.....	79
4.1.1	Identitas .....	79
4.1.2	Riwayat Penyakit Dan Kesehatan .....	81
4.1.3	Pemeriksaan Fisik .....	83
4.2	Pemeriksaan Penunjang .....	84
4.3	Diagnosa Keperawatan.....	84
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>97</b>
5.1	Simpulan .....	97
5.2	Saran .....	98
5.2.1	Bagi Pasien.....	99
5.2.2	Bagi Perawat .....	95
5.2.3	Bagi Rumah Sakit .....	99
5.2.4	Bagi Mahasiswa .....	99
	DAFTAR PUSTAKA .....	100

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 2.1 Intervensi Manajemen Nyeri.....</b>	<b>13</b>
<b>Tabel 2.2 Perawatan Luka .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabel 2.3 Pemantauan Cairan .....</b>	<b>13</b>
<b>Tabel 2.4 Intervensi Ansietas .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabel 3.1 Analisa Data.....</b>	<b>13</b>
<b>Tabel 3.2 Prioritas Masalah .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabel 3.3 Renvana Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>13</b>
<b>Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi .....</b>	<b>42</b>

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Usus.....</b>	<b>13</b>
<b>Gambar 2.2 WOC .....</b>	<b>43</b>
<b>Gambar 2.3 Faces Pain Ranting Scale .....</b>	<b>13</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1 Curriculum Vitte .....</b>	<b>103</b>
<b>Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....</b>	<b>104</b>
<b>Lampiran 3 SOP Perawatan Luka Operasi .....</b>	<b>105</b>
<b>Lampiran 4 SOP Breathing Excerisie .....</b>	<b>108</b>
<b>Lampiran 5 SOP Distraksi Nyeri .....</b>	<b>110</b>

## DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

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

## **KATA PENGANTAR**

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

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

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Laksamana pertama (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Ibu Dr.Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan motivasi dengan

wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

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

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

Surabaya, 27 Desember 2022

Penulis

# **BAB1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kanker adalah proses bertumbuhnya sel abnormal pada jaringan tubuh secara tidak terkendali yang memengaruhi organ tubuh lain (Deverakonda and Gupta, 2016; Torre et al., 2016). Pertumbuhan dan penambahan sel kanker ini dapat bersifat destruktif atau merusak sel-sel sehat dengan cara menginfiltrasi ke jaringan lain melalui pembuluh limfe atau pembuluh darah. Kanker kolorektal atau usus besar adalah suatu keganasan dari sel epitel kolon atau rektum (Rahdi, Wibowo, & Rosida, 2016). Kanker usus besar atau kanker kolon merupakan jenis kanker yang menyerang usus besar atau bagian terakhir pada sistem pencernaan manusia. Kanker usus besar juga dapat diturunkan, itulah mengapa anda harus berkonsultasi dengan dokter. Sebagian besar kasus kanker usus besar diawali dengan pembentukan gumpalan-gumpalan sel berukuran kecil yang disebut polip adenoma. Gumpalan ini kemudian menyebar secara tidak terkendali seiring waktu. Perlu adanya penanganan khusus akan kanker yang terjadi pada usus besar, pencegahan dini sangat di perlukan dalam menekan tumbuhnya kanker jinak ini menjadi kanker yang dapat mengancam kehidupan manusia (Rahdi et al., 2016).

Selain nyeri masalah keperawatan yang dapat muncul akibat dari tindakan pembedahan adalah infeksi dan sisiko kekurangan cairan pada tubuh karena prosedur puasa pasca operasi. Infeksi Luka Operasi (ILO) menjadi penyulit yang serius pada pembedahan karena ILO menjadi sumber utama morbiditas pasca operasi dan menimbulkan infeksi nosokomial dalam jumlah bermakna serta

merupakan masalah perawatan kesehatan di rumah sakit seluruh dunia (Sandy, 2015). Infeksi luka operasi adalah infeksi lokal di abdomen yang berkaitan langsung dengan tindakan bedah abdomen. Fistel dapat terjadi pada saluran diluar anatomi sebenarnya yang menghubungkan dua atau lebih rongga tubuh yang secara normal tidak berhubungan atau menghubungkan rongga bagian dalam dengan permukaan kulit. Penyebab terjadinya fistel dikarenakan akibat dari komplikasi tindakan operasi. Dapat dilakukan tindakan repair dan diberikan dengan sayatan pada tepi luka dan selanjutnya ditautkan dengan benang dari bulu angsa yang ditajamkan untuk memperbaiki kembali fistula. Bedah digestif merupakan salah satu dari bedah mayor abdomen. Sebagian besar operasi bedah digestif termasuk dalam kategori terkontaminasi (*clean and dirty*) sehingga mempunyai risiko infeksi yang cukup tinggi. Beberapa faktor risiko IDO yang dapat dilakukan intervensi antara lain *hand hygiene*, penggunaan *checklist* pre operasi, antibiotik profilaksis, pemetaan resistensi kuman, kepatuhan petugas medis atau paramedis, dan lain-lain. Peneliti menentukan faktor yang diteliti dalam penelitian ini adalah faktor risiko yang berasal dari karakteristik pasien (status gizi) dan karakteristik operasi (*durante*, jenis operasi, sifat operasi) dimana faktor risiko tersebut hampir tidak bisa dilakukan intervensi.

Menurut data statistik dari *American Institute for Cancer Research*, kanker usus besar menempati urutan ketiga yang paling sering diderita di dunia dengan lebih dari 1,8 juta kasus baru di tahun 2018 (*American Institute for Cancer Research*, 2018). Prevalensi kejadian kanker kolorektal ini didukung oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2018 yang menyatakan bahwa, jumlah kematian akibat kanker kolorektal yang terjadi di Indonesia adalah sebesar

731.000 kasus (A. Agung et al., 2021). Di Indonesia kanker kolorektal menempati urutan ke-3 dengan jumlah penderita kanker kolorektal di Indonesia menurut Kemenkes RI (2018) yaitu sebanyak 15.985 kasus pada laki-laki dan sebanyak 11.787 kasus pada perempuan. Berdasarkan data yang didapat dari buku observasi pada pasien dengan kanker kolon pada ruang C1 di temukan dari awal bulan Oktober hingga akhir Oktober terdapat 2 kasus pasien dengan diagnosa kanker kolon.

Faktor risiko penyebab berkembangnya kanker usus besar adalah usia, selain itu penyebab lainnya adalah diet, kurang mengonsumsi serat, merokok, dan alkohol atau pola hidup yang tidak sehat (Kemenkes RI, 2016). Faktor terjadinya kanker kolorektal yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, ras, genetik, riwayat keluarga, riwayat tumor, dan kolitis ulseratif. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi pola hidup seperti penggunaan rokok, aktifitas fisik yang rendah, konsumsi alkohol jangka lama, dan pola diet yang buruk (Rahmadania, Wibowo, & Rosida, 2016).

Kebiasaan merokok pada laki-laki dapat memicu keganasan pada usus besar atau kanker kolorektal Merokok lebih dari 30 tahun atau lebih dari 20 gram per hari berhubungan dengan peningkatan risiko kanker kolorektal sebesar 48%. Rokok diketahui mengandung banyak karsinogen dan agen genotoksik. Salah satu kandungan dari rokok adalah nikotin. Pemberian nikotin menunjukkan peningkatan ekspresi adrenoreseptor  $\beta 1$ - $\beta 2$  yang menyebabkan peningkatan produksi COX-2 yang akan merangsang proliferasi sel dan berperan dalam angiogenesis (Utami & Fuad, 2018). Apabila penderita kanker kolorektal tidak dilakukan operasi akan mengakibatkan dampak atau komplikasi diantaranya

mengalami hernia, retensi urin, perdarahan gastrointestinal, inkontinensia urin, obstruksi usus tanpa hernia, infeksi usus, fistula, radisai enterocolitis, dan peritonitis (Alfira, 2020).

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

Berdasarkan penjelasan diatas, penulis tertarik untuk mengangkat studi kasus dengan judul asuhan keperawatan dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post operasi tutup stoma + repair fistel hari ke 1 pada tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Diharapkan dengan adanya studi kasus ini masyarakat dapat mengetahui tentang penyebab, dan tanda gejala dari kanker kolorektal. Sehingga masyarakat khususnya masyarakat paham saat mengetahui kejadian tersebut, serta mampu menerapkan langkah yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya kanker kolorektal.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1 pada tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa dapat dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1 pada Tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

### **1.3.1 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1 pada Tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1 pada Tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1 pada tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1 pada tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1 pada tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

6. Medokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1 pada tn.o di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Akademis**

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post tutup stoma + repair fistel hari ke-1.

##### **1.4.2 Secara Praktis**

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Ca Colon + Ileostomy Post Operasi Tutup Stoma + Repair Fistel dengan baik.

2. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Ca Colon + Ileostomy Post Operasi Tutup Stoma + Repair Fistel dan bagi tenaga kesehatan agar lebih proaktif dalam hal menginformasikan kepada masyarakat tentang faktor yang berhubungan maupun yang beresiko mempertinggi kejadian kanker kolorektal.

### 3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan menjadi salah satu tambahan referensi bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Ca Colon + Ileostomy Post Operasi Tutup Stoma + Repair Fistel sebagai dasar dalam penelitian selanjutnya

### 4. Bagi Masyarakat

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

## 1.5 Metode Penulisan

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

### 1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

#### 1. Wawancara

Data diperoleh secara langsung melalui wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga pasien

#### 2. Observasi

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

#### 3. Pemeriksaan

Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang seperti CT Scan, PCR, antigen, endoskopi, foto thorax.

### **1.5.2 Sumber Data**

1. Data Premier

Data Primer diperoleh dari pasien dan keluarga dengan cara wawancara

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui rekam medis pasien, SIM rumah sakit.

### **1.6 Studi Kepustakaan**

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

### **1.7 Sistematika Penulisan**

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftarisasi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

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

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis kanker kolorektal.

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pelaksanaan keperawatan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Simpulan dan Saran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep Teori Kanker Kolorektal**

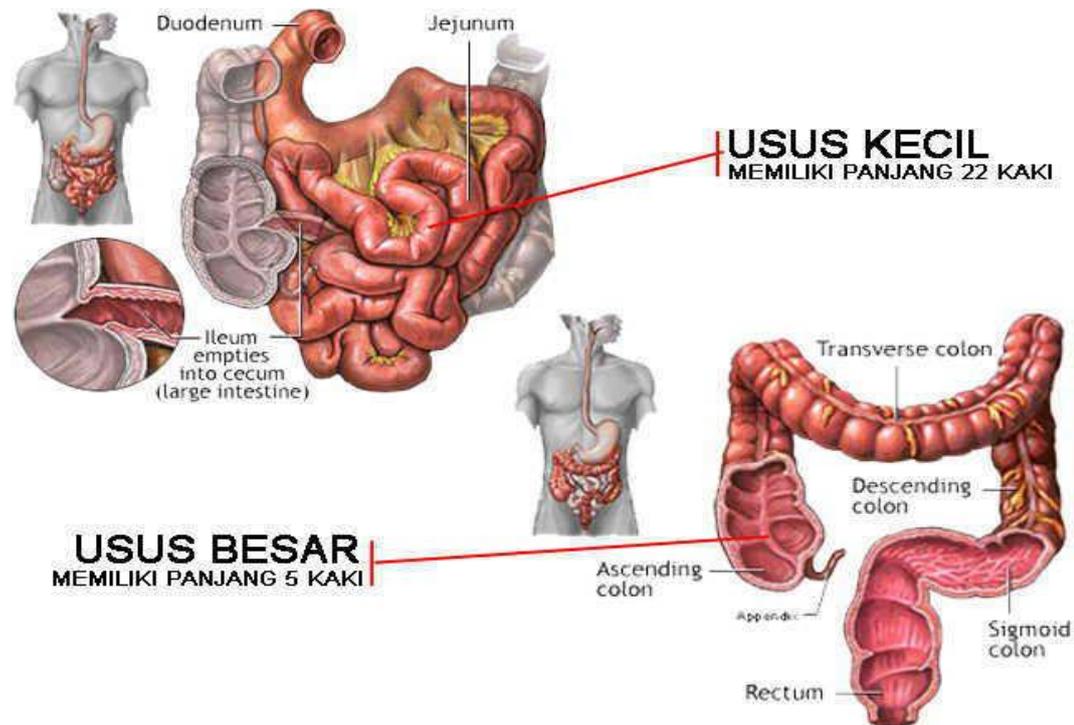
##### **2.1.1 Definisi Kanker Kolorektal**

Kanker kolorektal atau sering disebut kanker usus besar merupakan salah satu jenis kanker yang berada di bagian kolon atau rektum. Rektum dan kolon berperan pada sistem pencernaan pada usus besar yang berfungsi untuk menghasilkan energi dan pembuangan zat yang tidak diperlukan tubuh dan kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus). Menurut *American Cancer Society*, kanker kolorektal (KKR) adalah kanker ketiga terbanyak dan merupakan kanker penyebab kematian kedua terbanyak pada pria dan wanita di Amerika Serikat. Telah diprediksi bahwa pada tahun 2014 ada 96.830 kasus baru kanker kolon dan 40.000 kasus baru kanker rektum (Wasim Aktar et al., 2018).

Kanker kolorektal didominasi oleh adenokarsinoma (95%) dengan penderita kanker kolon berjumlah lebih dari dua kali lipat dari jumlah penderita kanker rektum. Awalnya kanker kolorektal dapat muncul sebagai polip jinak tetapi dapat berubah menjadi ganas, menginvasi dan menghancurkan jaringan normal dan meluas hingga ke jaringan dan struktur sekitarnya. Sel-sel kanker dapat bermigrasi dari tumor primer dan menyebar ke organ lain didalam tubuh (sebagian besar ke hati, peritonium dan paru ). Insiden meningkat seiring dengan pertambahan usia ( insiden tertinggi umumnya terjadi pada yang berusia lebih dari 85 tahun ) dan lebih tinggi lagi pada individu yang memiliki riwayat keluarga menderita kanker kolon dan mereka yang mengalami penyakit radang usus atau polip. Jika penyakit dideteksi dan diterapi pada stadium dini sebelum menyebar, angka kesintasan (*survival rate* ) 5 tahun adalah 90% namun, hanya 39% kanker kolorektal yang dideteksi di stadium dini. Angka keberlangsungan hidup setelah diagnosis akhir sangat rendah (Brunner & Suddarth, 2018).

## 2.1.2 Anatomi

## Fisiologi



**Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Usus**

1. Usus Besar/ Colon

Usus besar sebagian besar nutrisi telah dicerna dan diabsorpsi dan hanya menyisakan zat-zat yang tidak tercerna. Makanan biasa memerlukan waktu 2 sampai 5 hari untuk menempuh ujung saluran pencernaan yang satu ke ujung lainnya: 2 sampai 6 jam di lambung, 6 sampai 8 jam di usus halus, dan sisa waktunya berada di usus besar. Bagian-bagian usus besar antara lain :

- a. Cecum adalah kantong tertutup yang menggantung di bawah area katup ileosekal. Apendiks vermiform, suatu tabung buntu yang sempit berisi jaringan limfoid, menonjol dari ujung sekum
- b. Kolon asenden merentang dari sekum sampai ke tepi bawah hati di sebelah kanan dan membalik secara horizontal pada fleksura hepatica

- c. Kolon transvesum merentang menyilang abdomen di bawah hati dan lambung sampai ke tepi lateral ginjal kiri, tempatnya memutar ke bawah pada fleksura splenik.
- d. Kolon desenden merentang ke bawah pada sisi kiri abdomen dan menjadi kolon sigmoid berbentuk S yang bermuara di rectum

## 2. Rektum

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

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

### 2.1.3 Etiologi

#### 1. Diet

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

a. Makanan yang harus di hindari :

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

b. Makanan yang harus di konsumsi

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

2. Kelainan kolon

a. Adenoma di kolon : degenerasi maligna menjadi adenokarsinoma.

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

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

3. Genetik

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

4. Keterbatasan Aktivitas dan Obesitas

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

menyebabkan kelebihan berat badan yang juga merupakan sebuah faktor yang meningkatkan risiko KKR(Wasim Aktar et al., 2018)

#### 5. Suplemen Kalsium

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

#### 6. Vitamin D

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

#### 7. Merokok dan Alkohol

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

#### 8. Obat – obat dan Hormon

Aspirin, Nonsreoidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID) serta hormon pascamenopause dikatakan dapat mencegah KKR. Bukti-bukti penelitian kohort

mulai mendukung pernyataan bahwa penggunaan aspirin dan NSAID secara teratur dan jangka panjang dapat menurunkan risiko KKR. Namun, saat ini American Cancer Society belum merekomendasikan penggunaan obat-obat ini sebagai pencegahan kanker karena potensi efek samping perdarahan saluran cerna (Wasim Aktar et al., 2018)

#### **2.1.4 Patofisiologis**

Umumnya tumor kolorektal adalah adenokarsinoma yang berkembang dari polip adenoma. Insidensi tumor dari kolon kanan meningkat, meskipun umumnya masih terjadi di rektum dan kolon sigmoid. Pertumbuhan tumor secara tipikal tidak terdeteksi, menimbulkan beberapa gejala. Pada saat timbul gejala, penyakit mungkin sudah menyebar ke dalam lapisan lebih dalam dari jaringan usus dan organ-organ yang berdekatan. Kanker kolorektal menyebar dengan perluasan langsung ke sekeliling permukaan usus, submukosa, dan dinding luar usus. Struktur yang berdekatan, seperti hepar, kurvatura mayor lambung, duodenum, usus halus, pankreas, limpa, saluran genitourinary, dan dinding abdominal juga dapat dikenai oleh perluasan. Metastasis ke kelenjar getah bening regional sering berasal dari penyebaran tumor. Tanda ini tidak selalu terjadi, bisa saja kelenjar yang jauh sudah dikenai namun kelenjar regional masih normal. Sel-sel kanker dari tumor primer dapat juga menyebar melalui sistem limpatik atau sistem sirkulasi ke area sekunder seperti hepar, paru-paru, otak, tulang, dan ginjal. “Penyemaian” dari tumor ke area lain dari rongga peritoneal dapat terjadi bila tumor meluas melalui serosa atau selama pembedahan (Rahdi et al., 2016).

Penyebaran kanker kolon dapat melalui 3 cara, yaitu penyebaran secara langsung ke organ terdekat, melalui sistem limpatikus dan hematogen, serta melalui implantasi sel ke daerah peritoneal. Karsinoma kolon dan rektum mulai berkembang pada mukosa dan bertumbuh sambil menembus dinding dan meluas secara sirkuler ke arah oral dan aboral. Penyebaran perkontinuitatum menembus jaringan sekitar atau organ sekitarnya misalnya ureter, buli-buli, uterus, vagina atau prostat. Penyebaran limfogen terjadi ke kelenjar parailiaka, mesenterium dan paraaorta. Penyebaran hematogen terutama ke hati. Penyebaran peritoneal mengakibatkan peritonitis karsinomatosa dengan atau tanpa asites (Yuniarti, Wulandari, & Parmilah, 2020).

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

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

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Menurut (Atapada, Huriah, & Pratama, 2018) kanker kolorektal dibagi

menjadi dua stadium yaitu :

1. Stadium dini

- a. Tanda iritasi usus dan perubahan kebiasaan defekasi: sering buang air besar, diare atau obstipasi, kadang kala obstipasi dan diare bergantian, tenesmus, anus turun tegang, sering terdapat nyeri samar pada abdomen. Pada pasien lansia, hal ini sukar disadari karena tubuh mulai kurang sensitif terhadap nyeri. Sehingga kadang kala setelah terjadi perforasi tumor, peritonitis baru merasakan nyeri dan berobat.
- b. Hematokezia: pasien sering mengeluhkan adanya bercak darah saat buang air besar, berwarna merah segar atau merah gelap, biasanya tidak banyak dan intermitten.
- c. Ileus: Merupakan tanda lanjut dari kanker kolon. Ileus kolon sisi kiri sering ditemukan. Kanker kolon tipe ulseratif atau hiperplastik menginvasi ke sekitar dinding usus membuat lumen usus menyempit hingga ke ileus, sering berupa ileus mekanik nontotal kronis, mula-mula timbul perut kembung, rasa tak enak perut, lalu timbul sakit perut intermitten, borborigmi, obstipasi atau feses menjadi kecil-kecil bahkan tak dapat buang angin atau feses. Sedangkan ileus akut umumnya disebabkan karsinoma kolon tipe infiltratif. Tidak jarang terjadi intussusepsi dan ileus karena tumor pada lansia, maka pada lansia dengan intususepsi harus memikirkan kemungkinan karsinoma kolon. Pada ileus akut maupun kronik, gejala muntah tidak menonjol, bila terdapat muntah, mungkin usus kecil (khususnya proksimal) sudah terinvasi tumor.

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

## 2. Stadium lanjut

Selain gejala lokal tersebut di atas, pada fase akhir progresi kanker usus besar timbul gejala stadium lanjut yang sesuai. Misal, invasi luas tumor dalam kavum pelvis menimbulkan nyeri daerah lumbosakral, iskialgia dan neuralgia daerah obturatoria; ke anterior menginvasi mukosa vagina dan vesika urinaria menimbulkan perdarahan per vaginam atau hematuria, bila parah dapat timbul fistel rektovaginal, fistel rektovesikal; obstruksi ureter bilateral menimbulkan anuria, uremia; tekanan pada uretra menimbulkan retensi urin; asites, hambatan saluran limfatik atau tekanan pada vena iliaka menimbulkan udem tungkai, skrotal, labial; perforasi menimbulkan peritonitis akut, abses abdomen; metastasis jauh seperti ke hati menimbulkan hepatomegali, ikterus, asites; metastasis ke paru menimbulkan batuk, nafas memburu, hemoptisis; metastasis ke otak dapat menyebabkan koma. Akhirnya dapat timbul kakeksia, kegagalan sistemik (Japaries, 2017).

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

#### **2.1.6 Komplikasi**

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

(Brunner & Suddarth, 2018)

#### **2.1.7 Pemeriksaan penunjang**

1. Endoskopi

Endoskopi merupakan prosedur diagnostik utama dan dapat dilakukan dengan sigmoidoskopi (>35% tumor terletak di rektosigmoid) atau dengan kolonoskopi total. Kolonoskopi memberikan keuntungan sebagai berikut, yaitu

tingkat sensitivitas di dalam mendiagnosis adenokarsinoma atau polip kolorektal adalah 95%, kolonoskopi berfungsi sebagai alat diagnostik (biopsi) dan terapi (polipektomi), kolonoskopi dapat mengidentifikasi dan melakukan reseksi synchronous polyp dan tidak ada paparan radiasi. Sedangkan kelemahan kolonoskopi adalah pada 5-30% pemeriksaan tidak dapat mencapai sekum, sedasi intravena selalu diperlukan, lokalisasi tumor dapat tidak akurat dan tingkat mortalitasnya adalah 1 : 5.000 kolonoskopi (Zahrawardani, Herlambang, & Anggraheny, 2016).

## 2. Barium Enema dengan Kontras Ganda

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

## 3. CT Colonography (Pneumocolon CT)

Pemeriksaan CT colonography dipengaruhi oleh spesifikasi alat CT scan dan software yang tersedia serta memerlukan protocol pemeriksaan khusus. Modalitas CT yang dapat melakukan CT colonography dengan baik adalah modalitas CT scan yang memiliki kemampuan rekonstruksi multiplanar dan 3D volume rendering. Kolonoskopi virtual juga memerlukan software khusus.

Keunggulan CT colonography adalah dapat digunakan sebagai skrining setiap 5 tahun sekali (level of evidence 1C, sensitivitas tinggi di dalam mendiagnosis KKR), toleransi pasien baik, dapat memberikan informasi keadaan di luar kolon, dan termasuk untuk menentukan stadium melalui penilaian invasi lokal, metastasis hepar, dan kelenjar getah bening. Sedangkan kelemahannya adalah tidak dapat mendiagnosis polip (Mutaqqin, 2015).

### **2.1.8 Penatalaksanaan Medis**

#### **1. Ileostomy**

Ileostomy adalah tindakan bedah membuat suatu opening antara usus halus dengan dinding abdomen yang biasanya berasal dari ileum distal atau bahkan lebih proximal dari usus halus. Secara singkat tehnik dari ileostomi dapat dijelaskan sebagai berikut. Setelah penderita diberi narkose dengan endotracheal penderita diletakkan dalam posisi supine. Desinfeksi lapangan operasi dengan larutan antiseptik kemudian dipersempit dengan linen steril. Penempatan stoma adalah hal yang sangat penting. Quadrant kanan dan kiri bawah abdomen merupakan tempat yang dianggap ideal untuk stoma. Alternatif lain dapat dipergunakan quadrant atas, umbilicus atau midline. Beberapa type dari ileostomi : 1. End ileostomy 2. Loop ileostomy 3. Loop – end ileostomy 4. Continent ileostomy Diawali dengan insisi mediana laparotomi hingga membuka peritoneum, untuk mempertahankan konfigurasi dinding perut dibawah stoma dilakukan traksi menggunakan Kocher clamps pada dermis, fascia dan peritonium. Kurang lebih diameter 2 – 3 cm lateral dari insisi mediana kulit dan lemak dilakukan insisi longitudinal kurang lebih 3 – 4 cm disepanjang lapisan dengan menggunakan 2 – 3 retraktor setiap lapisan. Hal ini dilakukan bersamaan

dengan menekan ke atas dengan satu jari dari dalam dinding abdomen dan jari lain mempertahankan Kocher clamps. Musculus rectus kemudian disisihkan secara vertical dengan arteri clamps dan perdarahan dirawat. Kemudian fascia posterior dan peritonium dipotong dengan melindungi bagian bawah abdomen. Kemudian 2 jari dimasukkan dari bawah untuk memastikan opening cukup untuk mengakomodasi ileum. Jari tengah harus dapat keluar masuk sampai interphalang dan ujung jari tengah dapat terlihat. Hal ini untuk mencegah terjadinya komplikasi opening yang terlalu besar yaitu hernia atau prolaps atau terlalu kecil dengan obstruksi simtom. Ileum kemudian dibawa ke dinding abdomen dengan Babcock clamp secara lurus dan diamati jangan sampai mesentrium terpelintir. Tepi mesenterium kemudian dijahit anterior dinding abdomen dengan interrupted atau continuous suture. Penjahitan dimulai dari tepi stoma dengan meninggalkan 2,5 cm gap sampai ke ligament falciforme jangan sampai merusak vascularisasi mesentrium. Penjahitan stabilisasi dilakukan dengan 3.0 absorbable pada lapisan seromuscular ileum dan peritonium disekeliling internal aperture. Maturasi dari stoma dilakukan setelah dinding abdomen ditutup dan ujung stoma ditutup untuk mengurangi kontaminasi. Apabila diragukan suplai pembuluh darah ileum dapat direseksi kembali. Protusi dan eversi dari stoma dilakukan dengan menggunakan benang chromic 3.0 melalui full thickness dari ileum dengan lapisan subcutis. Terdapat delapan titik suture pada stoma dan dilakukan secara vertical untuk mencegah ischemi. Melengkapi pembentukan akhir dari ileostomi dipasang kantong ileostomi bag.

## 2. Repair Fistel

Repair adalah tindakan yang diberikan dengan sayatan pada tepi luka dan selanjutnya ditautkan dengan benang dari bulu angsa yang ditajamkan untuk memperbaiki kembali fistula. Fistel didefinisikan adanya saluran diluar anatomi sebenarnya yang menghubungkan dua atau lebih rongga tubuh yang secara normal tidak berhubungan atau menghubungkan rongga bagian dalam dengan permukaan kulit. Penyebab terjadinya fistel dikarenakan akibat dari komplikasi tindakan operasi yaitu operasi ginekologi dan operasi dibagian pelvic lainnya. Meskipun penyebab fistula terbanyak adalah iatrogenic, beberapa penyebab lain yang mungkin dapat terjadi diantaranya adalah congenital anomaly, keganasan, inflamasi dan infeksi, radioterapi, trauma external, iskemik, proses kelahiran dan proses yang lain. Fistel juga dapat terjadi sebagai akibat dari trauma pembedahan.

## 3. Terapi Endoskopi

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

Panduan American College of Gastroenterology menyatakan bahwa polip kecil harus dibuang secara utuh, jika jumlahnya banyak (lebih dari 20) harus dilakukan biopsi representatif, polip pedunculata besar biasanya mudah dibuang dengan hot snare, polip sesil besar mungkin membutuhkan piecemeal resection atau injeksi submukosal untuk menaikkan mukosa dari tunika muskularis propria agar dapat dilakukan Endoscopic Mucosa Resection (EMR).

- a. Eksisi Lokal (Polipektomi Sederhana) Eksisi lokal dilakukan baik untuk polip kolon maupun polip rektum. Polipektomi endoskopik harus dilakukan apabila struktur morfologik polip memungkinkan. Sebagian besar polip kolorektal dapat diterapi dengan polipektomi endoskopi, abik dengan biopsy forceps maupun snare poliektomi. Hampir semua polip bertangkai dan sebagian polip sesil dapat dibuang dengan electrocautery snare. Kontraindikasi relatif polipektomi kolonoskopik antara lain adalah pasien yang mendapat terapi antikoagulan, memiliki kecenderungan perdarahan (bleeding diathesis), kolitis akut, dan secara klinis terdapat bukti yang mengarah pada keganasan invasif, seperti ulserasi sentral, lesi keras dan terfiksasi, nekrosis, atau lesi tidak dapat dinaikkan dengan injeksi submukosal. Gambaran histopatologis yang kurang baik meliputi adenokarsinoma musinosum, signet ring cell carcinoma.
- b. Eksisi Transanal
- c. Jika lesi dapat diidentifikasi secara adekuat di rektum, dapat dilakukan Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM). Prosedur TEM memudahkan eksisi tumor rektum yang berukuran kecil melalui anus. Kedua tindakan (eksisi transanal dan Tem) melibatkan eksisi full thickness yang dilakukan

tegak lurus melewati dinding usus dan kedalam lemak perirektal. Fragmentasi tumor harus dihindarkan, selain itu harus dipastikan pula bahwa garis tepi mukosal dan batas tepi dalam harus negatif ( $>3$  mm). Keuntungan prosedur lokal adalah morbiditas dan mortalitas yang minimal serta pemulihan pasca operasi yang cepat. Keterbatasan eksisi transanal adalah evaluasi penyebaran ke KGB secara patologis tidak dapat dilakukan. Hal ini menyebabkan angka kekambuhan lokal lebih tinggi dibandingkan pasien yang menjalani reseksi radikal (Vini Nurul Inayah, 2017).

#### **2.1.9 Penatalaksanaan Bedah**

1. Persiapan Pra-Operasi sebagian besar pasien kanker kolorektal akan menjalani pembedahan. Persiapan pra-operasi meliputi:
  - a. Informed Consent Persetujuan pasien secara tertulis setelah mendapat penjelasan secara detail kepada pasien meliputi diagnosis, prosedur tindakan bedah, hasil dari tindakan, kemungkinan risiko yang mungkin timbul, kemungkinan apabila tindakan tidak dilakukan, alternatif tindakan lain dan prognosis adalah sangat penting. Pasien sebaiknya dalam kondisi yang tenang dan cukup baik, sehingga dapat memberikan keputusan dengan baik. Pasien (dan keluarganya) harus diberikan kesempatan untuk bertanya tentang semua tindakan yang akan dilakukan.
  - b. Pembuatan Stoma Beberapa pasien yang menjalani pembedahan kolorektal kemungkinan memerlukan stoma. Penjelasan tentang stoma permanen atau stoma sementara perlu diberitahukan kepada pasien

dengan jelas. Bila memang diperlukan pembuatan stoma, diperlukan konsultasi dengan perawat stoma, dimana akan dijelaskan tentang pengenalan peran dari perawat stoma, penilaian secara fisik, sosial, psikologis, dan faktor budaya, pengenalan tentang stoma dan perawatannya kepada pasien, dan seleksi dari lokasi stoma

c. Persiapan Usus (Kolon)

Keuntungan persiapan usus secara mekanis masih dipertanyakan oleh beberapa uji klinis multisenter dan meta-analisis. Beberapa studi menyatakan bahwa Mechanical Bowel Preparation (MBP) tidak berhubungan langsung dengan angka kebocoran anastomosis, tetapi akan mengurangi komplikasi infeksi luka. Namun, menurut sebuah metaanalisis efek bahaya MBP tidak dapat dibuktikan sehingga MBP boleh ditinggalkan. Dari Cochrane Collaboration Systematic Review pada 1.159 pasien dari 6 RCT, disimpulkan bahwa MBP sebelum pembedahan kolorektal tidak memberikan manfaat pada pasien. Bukti-bukti menyebutkan bahwa preparasi kolon tidak menurunkan risiko kebocoran anastomosis dan komplikasi lain

d. Transfusi Darah Perioperasi

Hubungan antara transfusi darah dengan meningkatnya risiko kekambuhan kanker masih terus diperdebatkan. Penelitian meta-analisis mengenai hal ini tidak ditemukan perbedaan yang signifikan dalam kekambuhan kanker kolorektal (KKR). Transfusi darah perioperasi berhubungan dengan menurunnya angka ketahanan hidup jangka panjang pasien. Namun hubungan ini menunjukkan buruknya

kondisi medis pasien secara keseluruhan saat dilakukan operasi dan bukan karena hubungan sebab-akibat langsung dengan transfusi darah yang dilakukan

e. Antibiotik Profilaksis

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

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

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

KGB yang harus diperiksa untuk menegakkan stadium N.

### 3. Reseksi Abdominal

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

### 4. *Total Mesorectal Excision (TME)*

Mesorektum dan batas sirkumferensial (lateral) adalah hal yang sama pentingnya dengan batas reseksi distal pada kanker rektum. Total Mesorectal Excision (TME) untuk kanker rektum adalah suatu diseksi tajam pada batas ekstrasfasial (antara fascia propriarektum dan fascia prasakral), dengan eksisi lengkap mulai dari mesorektum ke dasar pelvis termasuk batas lateralnya. Angka kekambuhan pada TME untuk kanker rektum tengah dan rendah dilaporkan sebesar 2,6%. Dari Swedish Rectal Cancer Trials, penurunan kekambuhan lokal

didapatkan turun sebesar 50% setelah pelatihan teknik TME. Perbandingan di beberapa rumah sakit dimana TME rutin dilakukan dibandingkan dengan tidak dilakukannya TME, didapatkan penurunan 25% dari lokal rekurensi dan 30% pada ketahanan hidup. Sauer dan Bacon pada tahun 1951 merupakan ahli bedah pertama yang menekankan pentingnya batas reseksi distal dan lateral pada kanker rektum. Quirke dkk, pada suatu studi prospektif menemukan bahwa keterlibatan batas lateral sebesar 12,8% pada reseksi kuratif. Pada pasien ini didapatkan angka rekurensi 80% yang berarti bahwa batas reseksi merupakan penyebab utama dari rekurensi lokal. Saat ini TME merupakan prosedur baku untuk bedah kanker rektum dengan mengangkat mesorektum secara en bloc, yang meliputi pembuluh darah, pembuluh getah bening, jaringan lemak, dan fascia mesorektal. Pada prosedur ini dilakukan diseksi secara tajam under direct vision pada holy plane diluar mesorektum sampai 5 cm di bawah tumor. Pada rektum bagian atas dilakukan sampai 5 cm di atas tumor. Dengan teknik ini, saraf otonom daerah pelvis tetap terjaga sehingga mengurangi kejadian disfungsi seksual dan gangguan berkemih. Ligasi tinggi pada arteri mesenterika anterior tidak menghasilkan perbedaan ketahanan hidup, tetapi mempermudah teknik.

##### 5. Bedah Laparoskopik pada Kanker Kolorektal

Kolektomi laparoskopik merupakan pilihan penatalaksanaan bedah untuk kanker kolorektal. Bukti - bukti yang diperoleh dari beberapa uji acak terkontrol dan penelitian kohort memperlihatkan bahwa bedah laparoskopik untuk kanker kolorektal dapat dilakukan secara onkologis dan memiliki kelebihan dibandingkan dengan bedah konvensional seperti berkurangnya nyeri pascaoperasi, penggunaan analgetika, lama rawat di rumah sakit, dan perdarahan. Selain itu,

angkakekambuhan dan ketahanan hidup sebanding dengan open surgery. Uji klinik skala besar (COLOR Trial) memperlihatkan perbedaan absolut sebesar 2% yang tidak bermakna antara open surgery vs. bedah laparoskopik dalam hal ketahanan hidup 3 tahun. Dalam studi CLASSIC, tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistic dalam hal angka ketahanan hidup keseluruhan (*overall survival*), ketahanan hidup bebas penyakit (*disease free survival*), dan kekambuhan lokal diantar kedua teknik bedah tersebut. Luaran-luaran ketahanan hidup tersebut masih tetap tidak berbeda pada evaluasi jangka panjang dengan median 62,9 bulan. Meta-analisis terkini juga menyimpulkan beberapa keuntungan bedah laparoskopik dalam jangka pendek dibandingkan open colectomy, seperti penurunan kehilangan darah intraoperasi, asupan oral yang lebih cepat, dan rawat inap yang lebih singkat. Meta-analisis juga mendapatkan luaran jangka panjang yang sama dalam hal kekambuhan lokal dan ketahanan hidup pasien kanker kolon. Bedah laparoscopi sebaiknya hanya dilakukan oleh ahli bedah yang berpengalaman dalam melakukan teknik tersebut. Eksplorasi abdomen harus dilakukan secara seksama. Pertimbangan lain untuk melakukan kolektomi laparoscopi antara lain stadium tumor dan adanya obstruksi intraabdomen

## 6. Terapi Sistemik

### a. Kemoterapi

Kemoterapi untuk kanker kolorektal dilakukan dengan berbagai pertimbangan, antara lain adalah stadium penyakit, risiko kekambuhan dan performace status. Berdasarkan pertimbangan tersebut kemoterapi pada kanker kolorektal dapat dilakukan sebagai terapi adjuvan, neoadjuvan atau

paliatif. Terapi adjuvan direkomendasikan untuk KKR stadium III dan stadium II yang memiliki risiko tinggi. Yang termasuk risiko tinggi adalah jumlah KGB yang terambil(Engantar, P, & Hidup, 2015).

b. Terapi Biologis

Bevacizumab Bevacizumab merupakan rekombinan monoclonal antibodi manusia yang berikatan dengan semua isotipe Vascular Endothelial Growth Factor A (VEGFA/VEGF), yang merupakan mediator utama terjadinya vaskulogenesis dan angiogenesis tumor, sehingga menghambat pengikatan VEGF ke reseptornya, Flt-1 (VEGFR-1) dan KDR (VEGFR-2), pada permukaan sel endotelium. Netralisasi aktivitas biologis VEGF dapat mengurangi vaskularisasi tumor, menormalkan pembuluh darah tumor yang tersisa, dan menghambat pembentukan pembuluh darah tumor baru sehingga menghambat pertumbuhan tumor, baik tumor primer maupun tumor metastasis. Inhibisi pertumbuhan mikrovaskular dipercaya dapat memperlambat pertumbuhan tumor. Bevacizumab diberikan secara infus intravena dalam waktu 30-90 menit dengan dosis 5 mg/kg bila dikombinasi dengan regimen kemoterapi siklus 2 mingguan (FOLFOX atau FOLFIRI) dan dosis 7,5 mg/kg bila dikombinasi dengan regimen kemoterapi siklus 3 mingguan (CapeOx). Bevacizumab diberikan sebelum oxaliplatin. Angka kejadian efek samping pada penggunaan bevacizumab secara umum dilaporkan lebih dari 10% yang terdiri dari perforasi gastrointestinal (0,3-2,4%), komplikasi pembedahan dan penyembuhan luka (sekitar 15%), perdarahan (1,2-4,6%), tromboemboli (sekitar 2,4%), hipertensi derajat 3-4 (5-18%), proteinuria derajat 3-4 (0,7-7,4%),

neutropenia, dan gagal jantung kongestif derajat 3-4 (1,0%) (Setiawan, 2018).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Diagnosa medis Ca Colorectal**

### **2.2.1 Pengkajian**

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

#### **1. Identitas atau Biodata pasien**

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

#### **2. Riwayat kesehatan**

##### **a. Keluhan utama**

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

b. Riwayat kesehatan dahulu

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

c. Riwayat kesehatan sekarang

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

d. Riwayat kesehatan keluarga

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

3. Pemeriksaan fisik

a. Pengkajian fungsional Gordon

1) Aktivitas/istirahat

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

2) Pernafasan

Gejala : nafas pendek, dispnea, dan frekuensi pernafasan menurun

## 3) Sirkulasi

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

## 4) Integritas ego

Gejala : ansietas, ketakutan, emosi, kesal

## 5) Eliminasi

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

## 6) Makan/cairan

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

## 7) Hygiene

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

## 8) Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri tekan pada kuadran kiri bawah

## 9) Keamanan

Gejala : adanya riwayat polip, radang kronik viseratif

## 10) Muskuloskeletal

Tanda : penurunan kekuatan otot, kelemahan, dan malaise

## 11) Seksualitas

Gejala : tidak bisa melakukan hubungan seksual/frekuensi menurun

## 12) Interaksi sosial

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

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

##### a. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Sebuah standar kolonoskopi panjangnya dapat mencapai 160 cm. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran kurang dari 1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94%, lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67% (Depkes, 2006). Sebuah kolonoskopi juga dapat digunakan untuk biopsi, polipektomi, mengontrol perdarahan dan dilatasi dari striktur. Kolonoskopi merupakan prosedur yang sangat aman dimana komplikasi utama (perdarahan, komplikasi anestesi dan perforasi) hanya muncul kurang dari 0,2% pada pasien. Kolonoskopi merupakan cara yang sangat berguna untuk mendiagnosis dan manajemen dari *inflammatory bowel disease*, non akut divertikulitis, sigmoid volvulus, *gastrointestinal bleeding*, megakolon non toksik, striktur kolon dan neoplasma. Komplikasi lebih sering terjadi pada kolonoskopi terapi daripada diagnostik kolonoskopi, perdarahan merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi terapeutik, sedangkan perforasi merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi diagnostik (Nugroho & Febriati, 2019).

##### b. CT – Scan dan MRI

CT Scan dan MRI sulit untuk membedakan lesi jinak dan ganas, kelebihan utama pemeriksaan ini adalah menunjukkan situasi terkenanya jaringan sekitar, ada tidaknya metastasis kelenjar limfe atau organ jauh, sehingga membantu dalam penentuan stadium klinis dan perkiraan operasi. Pemeriksaan ini juga peka dalam

menemukan massa dalam kavum pelvis, berguna dalam diagnosis rekurensi pasca operasi karsinoma rektal (Grayni, Asrifuddin, & Kalesaran, 2019)

c. Biopsi

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

d. Pemeriksaan Darah Samar

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

### 2.2.2 Diagnosis Keperawatan

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

1. Diagnosis keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (tindakan pembedahan) D.0077 (SDKI, 2017)

- b. Pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan infeksi luka perioperatif(SDKI, 2017)
- c. Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan (SDKI, 2017)
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (SDKI, 2017)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan utama dapat mencakup pencapaian tingkat nyeri berkurang, proses penyembuhan setelah menjalani pembedahan membaik, upaya mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, derajat infeksi menurun, pembelajaran mengenai diagnosis, prosedur bedah, dan perawatan diri setelah pulang, pelajaran bagaimana mengirigasi kolostomi (kolostomi sigmoid) dan mengganti peralatan, mengekspresikan perasaan dan kekhawatiran mengenai kolostomi dan dampaknya pada diri sendiri serta menghindari komplikasi (Brunner & Suddarth, 2018).

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

D.0077 Halaman 172 )

**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

**Kriteria Hasil** :

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

**Tabel 2.1** Intervensi Manajemen Nyeri

No	Intervensi	Rasional
Observasi		Observasi
1	Observasi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	R/ untuk mengetahui penyebab nyeri
2	Identifikasi skala nyeri	R/ untuk memberi penilaian pada skala nyeri berupa angka
3	Identifikasi respon nyeri non verbal	Respon nyeri non verbal dapat membantu menentukan tingkat nyeri
4	Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	R/ membantu menghindari faktor yang memperberat nyeri
Terapeutik		
1	Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri misal aromaterapi, akupressur, terapi musik, kompres hangat dan dingin	R/teknik non farmakologi dapat digabungkan dengan terapi medis guna mempercepat pereda nyeri
2	Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	R/lingkungan merupakan salah satu faktor yang dapat memperberat nyeri
3	Fasilitasi istirahat dan tidur	R/ Istirahat dan tidur membantu pasien lebih tenang dan rileks
Edukasi		
1	Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	R/ Keluarga dan pasien agar mengetahui dan bisa menghindari penyebab dari nyeri
2	Jelaskan strategi meredakan nyeri	R/ Agar pasien dapat melakukan strategi pereda nyeri secara mandiri
3	Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	R/ melibatkan pasien dalam setiap tindakan
4	Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	R/ Terapi medis membantu mempercepat dalam meredakan nyeri
5	Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri	R/ Agar pasien mampu mempraktekan teknik nyeri non farmakologi
Kolaborasi		
1	Kolaborasi pemberian analgesic	R/ salah satu intervensi keperawatan kolaborasi guna mendukung(SIKI, 2017)g keberhasilan tindakan

Sumber : (SIKI, 2017)

2. **Diagnosa** : Pelambatan pemulihana pasca bedah berhubungan dengan infeksi luka perioperatif.

**Tujuan** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam proses penyembuhan setelah menjalani pembedahan untuk memulai dan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat.

**Kriteria Hasil :**

- a. Kenyamanan meningkat
- b. Selera mobilitas meningkat
- c. Waktu penyembuhan meningkat
- d. Area luka operasi mem

**Tabel 2.2** Perawatan Luka

No	Intervensi	Rasional
	Observasi	Observasi
1	Monitor karakteristik luka (mis warna, ukuran luka, bau)	R/ Untuk mengobservasi karakteristik luka pasien sebelum dilakukan tindakan lanjut
2	Monitor tanda-tanda infeksi	R/ untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi
3	Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	R/ membua balutan pasien untuk mengantinya dengan yang baru
4	Membersihkan dengan NACL atau pembersih nontoksis, sesuai kebutuhan	R/ merupakan salah satu intervensi keperawatan
5	Memberikan salep yang sesuai kulit/salep jika perlu	R/ untuk mengurangi infeksi dengan obat atau salep
6	Memasang balutan sesuai jenis luka	R/ Agar luka tidak terpapar bakteri dari luar
7	Menganti balutan sesuai eksudat atau drainase	R/ Agar luka tidak terpapar bakteri dari luar
8	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.	R/ memberi pengetahuan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi
9	Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat	R/ memberikan obat hasil kolaborasi dokter

Sumber : (SIKI, 2017)

3. **Diagnosa** : Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan.

**Tujuan** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam kondisi cairan intravaskuler, interstisiel, dan atau interseluler membaik.

**Kriteria Hasil :**

- a. Turgor kulit meningkat
- b. Output urin meningkat
- c. Keluhan haus menurun
- d. Membran mukosa membaik
- e. Intake cairan membaik

**Tabel 2.3** Pemantauan Cairan

No	Intervensi	Rasional
	Observasi	Observasi
1	Memonitor elastitas turgor kulit	R/ Untuk mengetahui tanda hipovolemia
2	Monitor intake dan output cairan	R/ untuk mengetahui intake output cairan pada pasien
3	Identifikasi tanda-tanda hipovolemia(tekanan darah enurun, nadi meningkat, turgor kulit menurun, haus, lemah)	R/ Untuk mengetahui tanda hipovolemia
4	Menginformasikan hasil pemantauan	R/ Memberi pemahaman pada pasien dan keluarga
5	Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	R/ memberi pemahaman pada pasien dan keluarga
6	Kolaborasi dengan dokter pemberian obat	R/ untuk memberi terapi yang telah di berikan oleh dokter

Sumber : (SIKI, 2017)

4. **Diagnosa** :Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

**Tujuan** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam derajat infeksi menurun

**Kriteria Hasil** :

- a. Kemerahan menurun
- b. Nyeri menurun
- c. Kadar sel darah putih membaik
- d. Kultur area luka membaik

**Tabel 2.4** Intervensi Ansietas

No	Intervensi	Rasional
Observasi		Observasi
1	Monitor tanda dan gejala infeksi	R/ Untuk mengetahui tanda gejala infeksi
2	Berikan perawatan kulit pada area edema	R/ untuk mengurangi infeksi
1	Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	R/ Untuk mengurangi terjadinya infeksi akibat tangan yang kotor
2	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	R/ memberi pemahaman pada pasien dan keluarga
3	Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	R/ agar pasien dan keluarga tahu cara mencuci tangan yang benar
4	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	R/ Membantu mengetahui kondidi luka
Kolaborasi		
1	Kolaborasi pemberian obat anti ansietas	R/ membantu mengurangi nyeri dengan obat-obatan

Sumber : (SIKI, 2017)

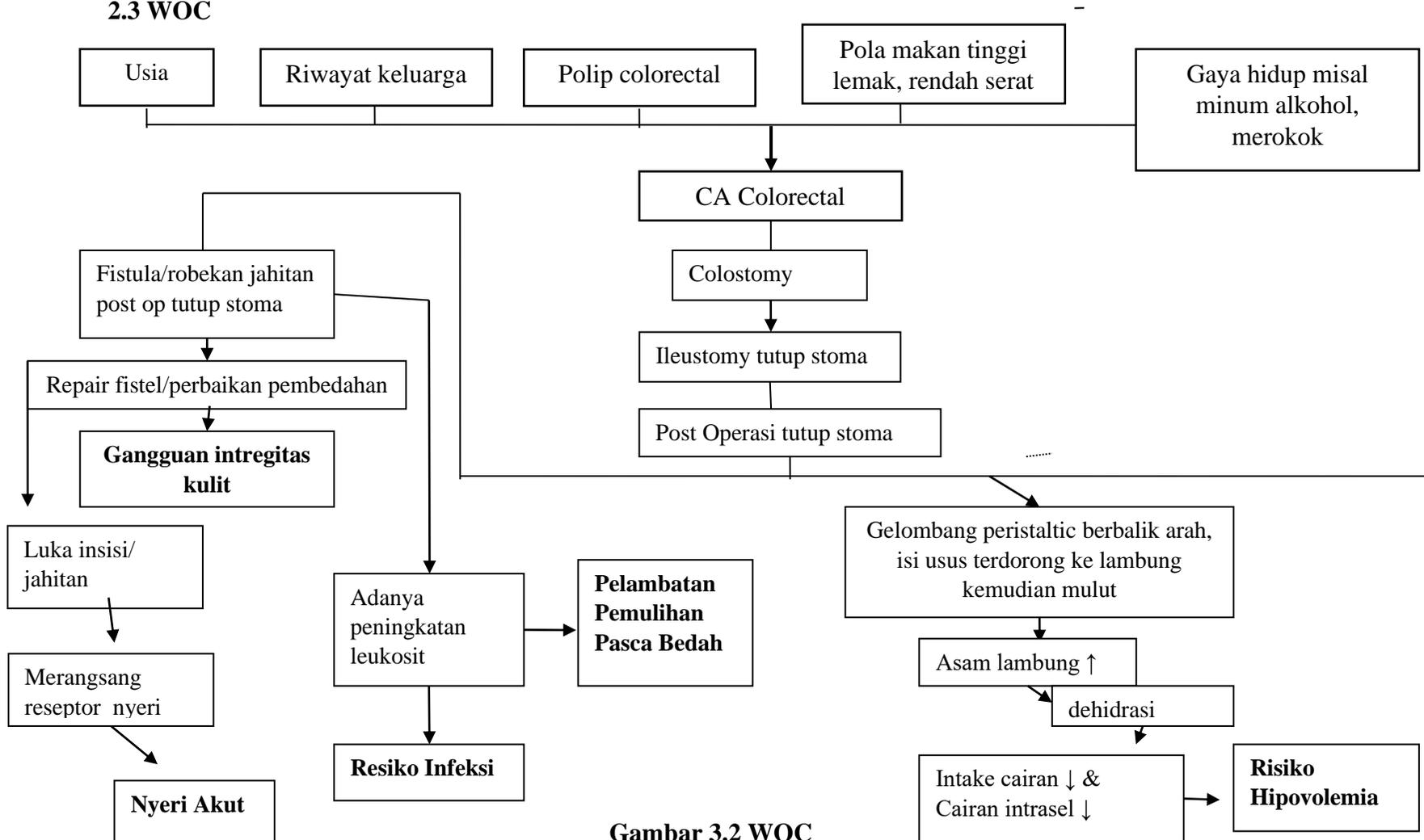
#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Muttaqin, 2012).

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan pasien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan (Muttaqin, 2012).

### 2.3 WOC



Gambar 3.2 WOC

## **2.4 Konsep Nyeri**

### **2.4.1 Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya kerusakan jaringan (Mobalen et al., 2019). Sensasi nyeri yang dirasa tergantung pada persepsinya, dan persepsi setiap pasien terhadap nyeri berbeda-beda tergantung nilai ambang batas nyerinya. Sehingga respons terhadap nyeri juga berbeda-beda, ada yang berteriak, meringis dan lain-lain. Untuk mengatasi nyeri seseorang diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri dengan cara farmakologi dan non-farmakologi.

Nyeri merupakan pengalaman yang sangat individual dan subjektif yang dapat mempengaruhi semua orang di semua usia. Nyeri dapat terjadi pada anak-anak dan orang dewasa. Penyebab nyeri yaitu proses penyakit, cedera, prosedur, dan intervensi pembedahan (Kyle, 2015).

### **2.4.2 Mekanisme Nyeri**

#### **a. Transduksi**

Proses dimana perubahan energi, akibat rangsangan dari stimulus noxious (mekanikal, kimia, termal), yang diubah menjadi aktivitas elektrik di ujung-ujung saraf, oleh reseptor sensoris yang dinamakan nosiseptor. Serabut perifer yang memanjang dari berbagai lokasi di medula spinalis dan seluruh jaringan tubuh, seperti kulit, sendi, tulang dan membran yang menutupi membran internal. di ujung serabut ini ada reseptor khusus. Stimuli mekanis dapat berupa tekanan yang intens pada area dengan kontraksi otot yang kuat, atau tekanan ekstensif akibat peregangan otot berlebihan.

b. Transmisi

Adalah proses penjalaran sinyal neural dari proses transduksi di perifer, yang diteruskan ke medulla spinalis dan otak. Serabut berdiameter besar lebih cepat membawa nosiseptif atau tanda nyeri. Serabut besar ketika terstimulasi, menutup gerbang atau jaras ke otak, dengan demikian menghambat atau memblokir transmisi impuls nyeri, sehingga impuls tidak mencapai otak tempat impuls diinterpretasikan sebagai nyeri.

c. Modulasi

Proses inhibitor pada jalur desenden dan mempengaruhi penjalaran sinyal nosiseptif pada setiap tingkat di medulla spinalis.

d. Persepsi

Hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi sepanjang aktivasi sensorik yang sampai pada area primer sensorik korteks serebri dan masukan lain bagian otak yang akhirnya menghasilkan suatu penafsiran subjektif yang disebut persepsi nyeri.

### **2.4.3 Klasifikasi Nyeri**

a) Berdasarkan Durasi

1. Nyeri Akut Nyeri akut adalah suatu nyeri yang bersifat terlokalisir dan biasanya terjadi secara tiba-tiba. Umumnya berkaitan dengan cedera fisik. Nyeri terasa tajam seperti ditusuk, disayat, dicubit, dan pola serangan jelas. Nyeri ini merupakan peringatan adanya potensial kerusakan jaringan yang membutuhkan reaksi tubuh yang diperintah oleh otak dan merupakan respon syaraf simaptis. Nyeri akut berdurasi

singkat (kurang lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang nusuk pulih kembali. Contoh penyebab nyeri akut yaitu trauma, prosedur invasive.

2. Nyeri Kronis Nyeri kronis merupakan nyeri yang terus berlangsung melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan untuk cedera jaringan. Nyeri ini dapat mengganggu pola tidur dan penampilan aktifitas anak yang menyebabkan penurunan nafsu makan dan depresi.

#### **2.4.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

Faktor yang mempengaruhi menurut (Kyle, 2015) yaitu :

a. Usia

Usia akan memengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan. Usia anak-anak akan sulit menginterpretasikan dan melokalisasikan nyeri yang dirasakan karena belum dapat mengucapkan kata-kata dan mengungkapkan secara verbal maupun mengekspresikan nyeri yang dirasakan sehingga nyeri yang dirasakan biasanya akan diinterpretasikan kepada orang tua atau tenaga kesehatan.

b. Gen

Gen yang diturunkan dari orangtua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri. Gen yang ada di dalam tubuh kita dibentuk dari kombinasi gen ayah dan gen ibu. Nantinya, gen yang paling dominanlah yang akan menentukan kondisi fisik dan psikologis (Andarmoyo,2013).

c. Faktor Psikologis

Tingkat dan kualitas nyeri yang diterima klien berhubungan dengan arti nyeri tersebut. Kecemasan kadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Respon emosional pada nyeri melibatkan girus cingulat anterior dan korteks prefrontal ventral kanan. Sirkuit serotonin dan norepinefrin juga terlibat dalam modulasi stimulus sensoris, yang mungkin memengaruhi bagaimana depresi dan pengobatan antidepresan berefek pada persepsi nyeri (Khasanah, 2012).

d. Faktor Sosial

- 1) Keluarga dan Dukungan sosial meski nyeri masih terasa, tetapi kehidupan keluarga ataupun teman terkadang dapat membuat pengalaman nyeri yang menyebabkan stress berkurang. Klien dan kelompok sosial budaya berbeda memiliki, harapan yang berbeda tentang orang, tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri, klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan (Potter & Perry, 2010).
- 2) Perhatian atau kasih sayang tingkatan dimana klien memfokuskan perhatian terhadap nyeri yang dirasakan memengaruhi persepsi nyeri. Meningkatkan perhatian berhubungan dengan kurangnya respon nyeri (Potter & Perry, 2010).

- 3) Pengalaman sebelumnya frekuensi terjadinya nyeri dimana dimasa lampau cukup sering tanpa adanya penanganan atau penderitaan adanya nyeri menyebabkan kecemasan bahkan ketakutan yang timbul secara berulang. Jika orang tersebut belum merasakan nyeri sebelumnya maka akan tersiksa dengan keadaan tersebut. Sebaliknya, jika seseorang sudah mengalami nyeri yang sama maka akan dianggap biasa, karena sudah paham tindakan apa yang dilakukan untuk menghilangkan rasa nyeri tersebut (Andarmoyo,2013).
- 4) Ansietas seseorang yang mengalami nyeri justru akan berdampak buruk bagi psikologis seseorang. Nyeri juga dapat menyebabkan seseorang merasa cemas dan takut dengan kondisi yang dialami (Andarmoyo, 2013).

#### **2.4.5 Pengukuran Nyeri**

Pada umumnya, dalam mengukur intensitas nyeri sebelum dan sesudah pengobatan maka skala penilaian numerik *Numeric Rating Scale* (NRS) adalah pengukuran intensitas nyeri yang paling efektif. Selain itu, masih ada cara lain untuk mengukur intensitas nyeri seperti *Visual Analog Scale* (VAS), *Faces Analog Scale*, *Verbal Rating Scale* (VRS) atau menggunakan kuesioner nyeri lainnya.

##### **1. *Numeric Rating Scale* (NRS)**

Merupakan alat pengukur intensitas nyeri dengan mengurutkan tingkat nyeri yang sedang dialami oleh penderita dan membantu menentukan langkah penatalaksanaan selanjutnya demi kenyamanan pasien. Cara untuk mengukur intensitas nyeri dengan NRS dapat

mengandalkan kemampuan kognitif pasien yang mampu berkomunikasi atau melaporkan informasi tentang nyeri (Kuntono, 2011).

2. *Visual Analogue Scale (VAS)*

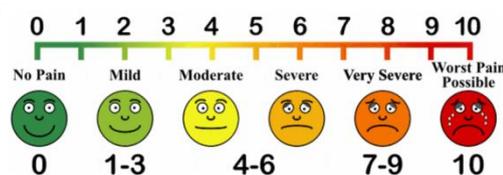
Skala ini berfungsi untuk mengetahui tingkat nyeri dari seseorang secara visual. Skala ini terdiri dari garis horizontal sepanjang 10 cm. Awalnya, pasien menandai angka pada garis VAS untuk mendeskripsikan intensitas nyeri yang dirasakan oleh penderita. Metode pengukuran ini cukup efektif karena dapat mengetahui perubahan intensitas nyeri, mudah dimengerti dan dikerjakan serta dapat digunakan dalam berbagai kondisi klinis. Namun, pengukuran intensitas nyeri ini tidak dapat digunakan pada anak-anak di bawah 8 tahun dan susah untuk dilakukan pada pasien yang mengalami nyeri hebat (Kuntono, 2011).

3. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini mengukur intensitas nyeri secara verbal. Pasien diminta untuk membuat tingkatan nyeri yang dirasakan secara verbal. Misalnya, tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, nyeri sangat berat atau angka 0 (tidak nyeri) sampai 10 (sangat nyeri), angka yang dipilih akan menggambarkan bagaimana nyeri yang dirasakan oleh penderita (Kuntono, 2011).

4. *Faces Pain Rating Scale*

Skala ini hampir mirip dengan VAS namun biasanya Faces Rating Scale digunakan pada anak-anak (Kuntono, 2011).



## **Gambar 2.5** *Faces Pain Rating Scale*

### **2.4.6 Manajemen Nyeri**

#### **a. Distraksi**

Distraksi merupakan teknik nonfarmakologis yang paling umum digunakan untuk manajemen perilaku selama tindakan. Distraksi adalah teknik mengalihkan perhatian pasien dari hal yang dianggap sebagai prosedur yang tidak menyenangkan. Proses distraksi melibatkan persaingan untuk mengalihkan perhatian antara sensasi yang sangat menonjol seperti nyeri dengan fokus yang diarahkan secara sadar pada beberapa aktivitas pemrosesan informasi lainnya. Pengembangan teori yang menekankan pada fakta bahwa kapasitas manusia untuk memperhatikan terbatas, dalam teori ditunjukkan bahwa seorang individu harus berkonsentrasi pada rangsangan menyakitkan untuk merasakan rasa sakit, oleh karena itu, persepsi rasa sakit menurun ketika perhatian seseorang terdistraksi dari stimulus (Panda,2017).

#### **b. Masase dan Stimulasi Kutaneus**

Masase yaitu pijatan sangat efektif dalam memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri, dan meningkatkan keefektifan pengobatan nyeri. Masase pada punggung, bahu, dan kaki selama 3 sampai 5 menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan nyaman. Stimulus kutaneus merupakan stimulasi pada kulit untuk mengurangi nyeri. Stimulus kutaneus memberikan klien rasa kontrol terhadap gejala nyeri. Penggunaan yang tepat dari stimulus kutaneus membantu mengurangi ketegangan otot yang meningkatkan nyeri.

c. Kompres Hangat

Kompres hangat dapat menurunkan nyeri dengan memberikan energi panas melalui proses konduksi, dimana panas yang dihasilkan akan menyebabkan vasodilatasi yang berhubungan pelebaran pembuluh darah lokal. Kompres hangat dapat memberi rasa hangat untuk mengurangi nyeri dengan adanya pelebaran pada darah yang mampu meningkatkan aliran darah lokal dan memberikan rasa nyaman (Indriyani, Hayati, 2013).

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data dasar**

Tn.O (29 tahun), beragama katolik, Jawa/Indonesia, berkerja sebagai buruh serabutan, belum menikah, No rekam medik 67-XX-XX, alamat di Surabaya, pendidikan terakhir SLTA. Pasien dirawat dengan diagnose medis Ca Colon + Ileus Post Tutup Stoma + repair fistel hari ke-1, pada tanggal 20 November 2022 pukul 09.00 wib, pasien masuk di ruang C1 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 01 Desember 2022.12.30

Keluhan utama pasien mengatakan nyeri pada area perut post op tutup stoma. Pasien mengatakan sebelum masuk RSPAL Dr.Remelan surabaya, pada bulan Maret 2020 di RS haji Surabaya, keluarga pasien mengatakan sebelum terkena kanker usus Tn.O suka merokok dan minum alkohol karena belum dapat pekerjaan dan pasien melaksanakan pengangkatan sebagian usus yang terinfeksi kanker sehingga pasien terpasang Colostomy. Pada bulan Mei 2022 di RS Haji Surabaya pasien melaksanakan operasi penutupan colostomy, 2 hari setelah pasien KRS terdapat cairan nanah dan sedikit darah keluar dari bekas jahitan operasi tutup cholostomy lalu pasien memeriksakan kembali ke RS Haji Surabaya, setelah itu pasien mendapatkan rujukan ke RSPAL Dr.Ramelan Surabaya pada tanggal 20 November 2022 dan dari IGD pasien di antar menuju ruang C1 untuk opname dan menunggu jadwal operasi penutupan stoma kembali pada tanggal 29 oktober 2022 dan setelah operasi sebelum masuk di ruang C1 pasien di observasi di ICU selama sehari pada tanggal 30 oktober 2022, dan setelh itu pasien di pindahkan di ruang C1 pada tanggal 01 Desember 2022.

Hasil tanda-tanda vital pasien ditemukan pasien mengeluh nyeri pada area luka jahit tertutup kasa, panjang kurang lebih 10 cm dan merasa mual dan haus, keadaan umum pasien lemas, muosa bibir kering, kesadaran 4/5, CRT<2 detik, akral hangat, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 98x/menit, suhu 36°C, respirasi 20x/menit, dan di temukan nyeri dengan P: luka perut setelah operasi hari ke 1, Q: cekot-cekot, R: perut, S: 7(1-10), T: hilang timbul. Pasien tampak meringis dan gelisah terpasang kateter dari ruang operasi 800cc, berwarna kuning. Terpasang drain pada perut sebelah kiri dan terdapat 13cc darah, terpasang CVC dengan skor 9, Drain: 10cc darah berwarna merah kehitaman, NGT terbuka 130cc berwarna hijau. Pasien di puasakan 5 hari setelah operasi, yang bertujuan untuk mengosongkan stoma setelah dilakukan tindakan operasi sehingga jahitan pada stoma dapat tertutup dengan baik pada kulit sehingga fungsi stoma dapat kembali seperti semula dan mendapat diit susu pada hari ke 4 dengan mengobservasi residu NGT terbuka 50cc berwarna putih, bising usus 26x/ menit, drain 0cc, luka post op hari ke 3 tidak terdapat pus atau rembesan, luka kering dan berwarna merah pudar menyerupai kulit. Sehingga pasien siap untuk diberikan makanan atau nutrisi.

### **3.1.2 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Lab:

Tanggal 30-11-2033: Leukosit H 28,90  $10^3$ UL, eosinofil# 0,07  $10^3$ UL, eosinofil% L 0.20%, basofil # 0.04 $10^3$ UL, basofil % 0.2%, neutrofil# H 24.81  $10^3$ UL, neutrofil% H 85.90%, limfosit# 3.50 $10^3$ UL, limfosit% L 10.50%,

IMG# H 0.050 10<sup>3</sup>UL, IMG% 0.200%, hemoglobin H 17.40 g/dl, hematokrit 51.00%, eritrosit H 6.45 10<sup>3</sup>UL, MCV L 79.1 Fmol/cell, MCH 26.9 pg, MCHC 34.6 g/dl, RDW-CV 13.3%, RDW-SD 7,0 fl, trombosit 353.000 10<sup>3</sup>UL, MPV 10.7FL, PDW 16,2%, PTC H 0.377 10<sup>3</sup>UL, P-LCR 32.2%, albumin 4.46 mg/dl, diabetes 152 mg/dl, keratin 0.83 mg/dl, BUM 13 mg/dl, natrium(Na) 142.8 MGa/L, kalium(k) 4.00 mmol/L, clorida (ci) H 106.6 ea/l.

Pemeriksaan radiologi (24 oktober 2022): Foto thorax PA: Cor (besar dan normal, pulmo(infiltrat perselubungan -), diafragma kanan baik.

Pemeriksaan Endoskopi (kolonoskopi) pada tanggal 19-09-2022

Kesimpulan: Evaluasi kolon dan intestine normal

Terapi Medis

Cefosulbactam 3x1 gr/iv, metromidazole 3x500mg/iv, lansoprazole 1x30mg/iv, peinos 3x800mg/iv, ondancetron 2x8mg/iv, transamin 3x500mg/iv, furamin 3x3ml/iv, vit k 3x1ml/iv, infus Celinimix 1000ml/24 jam, futrolit 500ml/24 jam.

### **3.1.3 Pengkajian**

#### 1) B1 : Breath/Pernapasan

Fungsi pernapasan baik, tidak ada sesak, irama napas reguler dengan kualitas 20x/menit, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, septum hidung tetap di tengah, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, vocal vemitus teraba seimbang kanan-kiri, pergerakan dada teraba, suara dada sonor.

### 1. B2 / Blood / Sirkulasi

Konjungtiva anemis, mata tidak cowong, mata terlihat tidak pucat, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis terlihat, akral tangan dan kaki terlihat merah, irama jantung reguler, bunyi jantung S1 dan S1 tunggal, CRT<2 detik, akral teraba hangat dan kering, ictus cordis teraba, nadi teraba 99x/menit, klelera normal, kekuatan ictus cordis kuat.

### 2. B3/ Brain / Persarafan

Keadaan umum Tn.O baik, kesadaran composmentis, reflks mata 4(membuka secara spontan), rfleks verbal 5 (orientasi baik), reflek motorik 6 (melakukan perintah dengan benar), pupil isokor, reflek cahaya +/+, N1 : tidak ada gangguan pembauan, N2: ketajaman mata baik, lapang pandang baik tidak ada gangguan, N 3,4&5: tidak ditemukan adanya gangguan pada gerak kelopak mata, kontraksi pupil naik, rotasi baik. N 6: sensai jawaah tidak ada gangguan, mampu merasakan sentuhan dengan baik, baal tidak ada. N 7: wajah simetris tidak adamencong, N8: pendengaran baik, tes tunjuk hidung baik,.N 9: pengecapan baik. N10: reflek menelan baik,platum mole ditengah.N11: pasien mampu mengangkat bahu dan sternokliedomastoid baik. N12: gerakan lidah baik tidak ada deviasi. Reflek fisiologi: patella +/+,kremaster +/+, trisep +/+,bisep +/+.Reflek patologi: babinsky<sup>-</sup>-,brudzinsky<sup>-</sup>-, kerning<sup>-</sup>-.

### 3. B4/ Bladder/ Perkemihan

Eliminasi urin terpasang karteter dari ruang bedah dan setelah operasi, warna urine kering, tidak ada hematuri, aliran lancar, tidak ada sumbatan, jumlah urin bag: 800ml, suara kandung kemih pekak, intake/output balance

cairan: 1000(clinimic) + 500(futrolit) + 200ml(susu diet)= 1700, total output urine: 800ml, drain: 10cc darah, NGT terbuka 130cc, balance cairan exces: 940/24 jam.

4. B5/ Bowel/ Pencernaan

Pasien puasa 5 hari setelah operasi, yang bertujuan untuk mengosongkan stoma setelah dilakukan tindakan operasi sehingga jahitan pada stoma dapat tertutup dengan baik pada kulit sehingga fungsi stoma dapat kembali dengan baik. mukosa bibir kering, terdapat luka jahit tertutup kasa post op tutup stoma, panjang kurang lebih 10cm, tidak terdapat pus maupun rembesan pada kasa dan terdapat drain pada bagian perut sebelah kiri, pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair, terdapat nyeri tekan post operasi tutup stoma, terdengar peristaltik usus 7x/menit, BB sebelum sakit 71kg, BB saat sakit 74kg dan TB pasien 165cm, IMT: 27 (obesitas ringan). Pada hari ke 4 pasien di berikan diit susu dengan mengobservasi residu NGT terbuka 50cc berwarna putih, bising usus 26x/ menit, drain 0cc, luka post op hari ke 3 tidak terdapat pus atau rembesan, luka kering dan berwarna merah pudar menyerupai kulit.

5. B6 / Bone/ Muskuloskeletal

Keadaan umum lemah, kemampuan gerak sendi baik, tidak ditemukan atrofi, tidak terdapat nyeri otot, kekuatan otot

5555	5555
5555                      5555	

6. Sistem Integumen

Warna kulit coklat, tidak ada kelainan pigmentasi, tidak ada sianosis, turgor kulit baik, akral hangat.

## 7. Polaistirahat tidur

Pasien mengeluh tidak bisa tidur dan sering terbangun saat saat nyeri yang di rasakan muncul, siang pasien tidur 2 jam, malam pasie tidur 1 jam.kualitas tidur pasien kurang baik dengan kualitas 3 jam sehari.

## 8. Sistem Penginderaan

Lapang pandang normal pasien tidak buta, tidak adaserumen telinga bersih, pendengaran baik, tidak ada polip, mukosa hidung lembap, penciuman mormal.

## 9. Sistemreproduksi / genitalia

genitalia bersih, tidak terdapat benjolan, pasien terpasang karteter dari ruang operasi.

## 10. Personal Hygiene

Saat sakit pasien ,mendi sekali sehari dengan di seka oleh keluarga, sebelum masuk rumah sakit pasien mandi sehari 3 kali, saat MRS pasien mengganti pakaian sehari sekali dan sebelum MRS pasien mengganti pakaian 3 kali sehari, saat MRS pasien belum tpernah mencuci rambut dan sebelum MRS pasien mencuci rambutnya 2 kali dalam seminggu dan sebelum MRS mengosok gigi sehari 3 kali dan saat MRS pasien belum pernah menggosok giginya, dan sebelum MRS pasien memotong kukunya seminggu sekali dan saat MRS pasien memotong kuku satu kali dalam seminggu.

## 11. Psikososiocultural

- a. Ideal diri: pasien menerima kondisi yang dialaminya saat ini
- b. Gambaran diri: pasien mengatakan tidak ada kekurangan dan selalu

bersyukur dalam kondisi apapun

- c. Peran diri: pasien mengatakan pasien adalah anak pertama dari 3 bersaudara
- d. Identitas diri: pasien mengatakan bahwa ia adalah seorang laki-laki dan menyebutkan nama dan usianya
- e. Citra tubuh: pasien mengatakan selalu mensyukuri kondidi tubuhnya seperti apapun itu
- f. Orang paling dekat: pasien mengatakan paling dekat dengan saudara perempuannya(sepupu)
- g. Hubungan dengan lingkungan sekitar: pasien memiliki hubungan baik dngan keluarga dan sekitarnya
- h. Keyakinan dan nilai: pasien suku jawa dan menganut agam akatolik, setiap minggu pasien selalu pergi kegereja untuk beribadah
- i. Koping dan toleransi stress: pasien mampu beradaptasi dengan kondidinya sekarang.

### **3.2 Diagnossis Keperawatan**

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi).
2. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d pembedahan.
3. Risiko Hipovolemia.
4. Risiko Infeksi.

**Tabel 3.2.1 Analisa Data**

<b>Data/Faktor Resiko</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah/Problem</b>
<p>Ds: Pasien mengatakan nyeri pada area perut luka operasi</p> <p>P: Luka post op tutup stoma hari ke-1</p> <p>Q: Cekot-Cekot</p> <p>R: Perut</p> <p>S: 7 (1-10)</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>D0:</p> <p>TD: 130/80mmHg</p> <p>-Terdapat luka tertutup kasa</p> <p>-Panjang kurang lebih 10cm</p> <p>-Ekspresi wajah pasien tampak meringis dan gelisah</p>	<p>Agen pencedera fisik (Prosedur Operasi)</p>	<p>Nyeri akut (SDKI D.0077)</p>
<p>Ds: Pasien mengatakan nyeri pada area luka jahitnya</p> <p>Ds:</p> <p>- luka jahit tertutup kasa</p> <p>-panjang kurang lebih 10cm</p> <p>-berwarna merah</p> <p>-terpasang drain pada perut sebelah kiri</p>	<p>Pembedahan</p>	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (SDKI.D0129 hal.282)</p>
	<p>Faktor Risiko:</p> <p>-peristaltik usus 7x/menit</p> <p>-residu lambung meningkat (mual)</p> <p>- pasien dipuasakan selama 5 hari</p> <p>-CVC 9 (beresiko kekurangan cairan dalam tubuh)</p>	<p>Risiko Hipovolemia</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intake/output balance cairan: 1000(clinimic) + 500(futrolit) + 200ml(susu diet)= 1700, total output urine: 800ml, drain: 10cc darah, NGT terbuka 130cc, balance cairan exces: 940/24 jam</li> <li>-TD: 130/80 mmHg</li> <li>- pasien tampak lemah</li> <li>-Hb: 17.40 g/dl</li> <li>- BB MRS: 74, TB: 165, IMT: 27 (Obesitas sedang)</li> </ul>	
	<p>Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka jahit tertutup kasa heypafix</li> <li>-panjang kurang lebih 10cm</li> <li>-berwarna merah</li> <li>-tidak terdapat pus maupun rembesan pada kasa</li> <li>-terpasang drain pada perut sebelah kiri</li> <li>- leukosit 28,90 10<sup>3</sup>UL</li> </ul>	Risiko Infeksi (SDKI.D0142)

**Tabel 3.2 Prioritas Masalah**

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis tindakan pembedahan	01-12-2022	03-12-2022	
2	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan pembedahan	01-12-2022	Teratasi Sebagian	

3.	Risiko Hipovolemia	01-12-2022	04-12-2022	
4	Risiko Infeksi	01-12-2022	Teratasi sebagian	

**Tabel 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan**

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut b/d Agen pencedera Fisiologis (efek operasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan nyeri menurun</li> <li>2) Meringis menurun</li> <li>3) Gelisah menurun</li> <li>4) Tekanan darah membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2) Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4) Memberikan teknik non farmakologis guna mengurangi rasa nyeri misal terapi distraksi nafas dalam, dan aromaterapi</li> <li>5) Memfasilitasi istirahat tidur</li> <li>6) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>7) Berkolaborasi dengan dokter pemberian analgesik (Peinlos 800mg/iv)</li> </ol>	<p>R/ mengetahui penyebab nyeri  R/ mengetahui derajat nyeri  R/ memperkuat penegakkan diagnosa nyeri  R/ menghindari faktor pencetus nyeri  R/ teknik nonfarmakologi membantu penurunan nyeri  R/ antrain membantu menghambat reseptor nyeri</p>

2	Gangguan integritas kulit/jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka keutuhan kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis drainase, warna, ukuran, bau).</li> <li>2. Monitor tanda infeksi</li> <li>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>4. Membersihkan dengan NACL atau pembersih nekrotik.</li> <li>5. Bersihkan jaringan nekrotok</li> <li>6. Memberikan salep yang sesuai dengan luka/lesi</li> <li>7. Memasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>8. Menganti balutan sesuai eksudat dan drainase</li> <li>9. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>10. Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat (Transamin 500mg/iv)</li> </ol>	<p>R/ mengetahui penyebab infeksi pasien</p> <p>R/ pasien dengan infeksi memiliki tingkat infeksi lebih tinggi daripada penyakit umumnya</p> <p>R/ mengetahui tanda dan gejala infeksi lebih dini akan sangat membantu pencegahan infeksi</p> <p>R/ mengetahui tingkat dari keberhasilan intervensi yang telah dilakukan</p> <p>R/ asupan nutrisi yang cukup akan membantu imun tubuh lebih kuat, terutama pada saat pasien terjadi luka</p>
3	Risiko Hipovolemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam kondisi cairan intravaskuler, interstitial, intraseluler membaik dengan kriteria hasil : 1. Turgor kulit meningkat 2. Keluhan haus menurun 3. Membran	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor elastitas atau turgor kulit</li> <li>2. Monitor intake dan output cairab</li> <li>3. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (tekanan darah menurun, nadi meningkat, turgor kulit menurun, haus, lemah)</li> <li>4. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>5. Informasikan hasil pemantauan</li> <li>6. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat (Lansoprazole 1x30mg/iv, Ondancetron 2x8mg/iv, Vit K 2x1mg, infus clenimix)</li> </ol>	

		mukosa membaik		
Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Kadar sel darah putih membaik</li> <li>4. Kultur area luka membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik</li> <li>2. Memberikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Mencuci tangan dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>6. Menjelaskan cara memeriksa kondidi luka atau luka operasi</li> <li>7. Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (Cefosulbactam 1gr/iv, metromidazole 500mg/iv)</li> </ol>	

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi

No Dx	Hari/tgl/jam	Implementasi	Paraf	Hari/tgl/jam	No. Dx	SOAP	Paraf
1	01-12-2022 08.00	Mengidentifikasi nyeri H: px mengatakan masih merasakan nyeri -P: Px mengatakan masih merasakan nyeri Q: cekot-cekot R: Perut S: 7 (1-10) T: hilang timbul	(M)	01-12-2022 07.00	1	<b>DX1:</b>  S: pasien mengatakan nyeri area perut luka operasi  O: P: Px mengatakan masih merasakan nyeri Q: cekot-cekot R: Perut S: 6(1-10) T: hilang timbul  -k/u: lemah, CRT<2dtk, akral hangat, GCS:456  -pasien tampak meringis dan gelisah  TD:130/90mmHg N:85x/mnt  S:36°C SPO:99% RR:20x/mnt	(M)
1	08.55	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meredakan nyeri H:px mengatakan nyeri tiba-tiba muncul dan hilang ketika sudah di beriobat	(M)				
3	08.57	Memonior intake dan output cairan  - CVC 9(beresiko dehidrasi), Drain: 10 ccdarah (pendarahan sedikit), NGT terbuka 130cc (warna hijau) UP: 800ml	(M)				
2	09.00	Memonitor karakteristik luka -luka jahit post op tutup stoma hari ke-1	(M)				

4	09.25	-Panjang kurang lebih 10 cm -berwarna merah -tidak terdapat pus atau rembesan Memonitor tanda infeksi dan gejala infeksi(leukosit $28,9010^3$ UL, berwarna merah)	(M)	07.15	2	A: Masalah belum teratasi P: Intervensi 1,2,4,5,7 dilanjutkan.  <b>DX2:</b> S: -pasien mengatakan nyeri pada area luka jahitannya O: luka jahit post op tutup stoma hari ke-1 -Panjang kurang lebih 10 cm -berwarna merah -terpasang drain perut sebelah kiri A: Masalah belum teratasi P: Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 dilanjutkan	(M)
2	09.27	Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	(M)	07.20	3	<b>DX3:</b> S: px mengatakan mual dan haus O: -pasien puasa hari ke1 -Turgor kulit hangat -membran mukosa kering -k/u: lemah, CRT<2dtk, akral hangat, GCS:456, BB MRS: 74, TB: 165, IMT: 27 -CVC 12 , Drain: 10 cc darah (pendarahan sedikit), NGT terbuka 130cc (warna hijau) UP: 800ml  TD:130/90mmHg N:85x/mnt	(M)
2	09.35	Membersihkan area luka jahit dengan NACL atau pembersih nekrotik	(M)				
2	09.36	Membersihkan jaringan nekrotik	(M)				
2	09.39	Memberikan salep yang sesuai dengan luka (sufratul)	(M)				
2	10.23	Memasang balutan sesuai jenis luka (kasa dan di tutup dengan hypafix)	(M)				
2	10.26	Menganti balutan sesuai eksudat dan drainase	(M)				
1,2,3	11.00	Mengobservasi TTV dan menampung keluhan pasien.(pasien mengatakan nyeri pada area luka jahit dan merasa haus)  -Keadaan Umum pasien : lemah, CRT<2dtk, akral hangat, GCS:456	(M)				

		<p>TD:143/83mmHg N:98x/mnt</p> <p>S:36°C SPO:99% RR:20x/mnt</p> <p>CVC 9 (tidak dehidrasi) suara peristaltik usus 5x/mnt, Drain: 10 cc darah (pendarahan sedikit), NGT terbuka 130cc (warna hijau), BB MRS: 74, TB: 165, IMT: 27.</p>				<p>S:36°C SPO:99% RR:20x/mnt</p> <p>Suara peristaltik usus 7x/mnt.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan</p> <p><b>DX4:</b></p> <p>S: pasien mengatakan nyeri pada area luka jahit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka jahit post op tutup stoma hari ke-1</li> <li>- Panjang kurang lebih 10 cm</li> <li>- berwarna merah</li> <li>- terpasang drain perut sebelah kiri</li> <li>- tidak terdapat pus maupun rembesan di kasa</li> <li>- leukosit 28,9010<sup>3</sup>UL</li> </ul> <p>A: Masalah Belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1,2,3,5,6 dilanjutkan</p>	
1,2	12.00	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat analgesik (inj Transamin 500mg/iv, Peinlos 800mg/iv)	(M)	07.25	4		
4	12,05	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)	(M)				
1	13.30	Menjelaskan penyebab nyeri dan membeikan pasien teknik non farmakologis (relaksasi napas dalam)	(M)				
		H: pasien mnegerti cara teknik relaksasi dan mencoba menerapkan saat nyeri muncul					
3	14.55	Memonitor tanda-tanda hipovolemia (pasien tampak lemah dan mengatakan ingin minum, membran mukosa kering, TD: 130/90mmHg, N: 85x/mnt)	(M)				

1,2 ,3	17.00	<p>Mengobservasi TTV pada pasien .(pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada area luka jahit dan merasa haus)</p> <p>-Keadaan Umum pasien : lemah, CRT&lt;2dtk, akral hangat, GCS:456</p> <p>TD:130/90mmHg N:85x/mnt</p> <p>S:36°C SPO:99% RR:20x/mnt</p>	(M)				
1	19.55	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat analgesik ( Peinlos 800mg/iv)	(M)				
3	20.00	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (Ondancentron 8mg/iv, Vit K 1mg/iv)	(M)				
4	20.05	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)	(M)				
1	22.00	<p>Menganjurkan pasien untuk istirahat dan melakukan teknik relaksasi napas dalam jika nyeri datang</p> <p>H: pasien mengatakan jika nyeri datang melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>Memberikan hasil kolaborasi dokter obat</p>	(M)				
			(M)				

1	04.00	analgesik ( Peinlos 800mg/iv)					
3	04.05	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (Ondancentron 8mg/iv, Vit K 1mg/iv)	(M)				
4	04.10	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)	(M)				
1,2,3	05.00	Mengobservasi TTV pada pasien . H:pasien mengatakan tidak nyaman dengan luka jahit di perut  -Keadaan Umum pasien : lemah, CRT<2dtk, akral hangat, GCS:456  TD:130/90mmHg N:85x/mnt  S:36°C SPO:99% RR:20x/mnt	(M)				
3	02-12-22 07.15	Memonitor intake dan output pasien  CVC 12(pasien tidak dehidrasi) Drain: 10 ccdarah (pendarahan sedikit) NGT terbuka 130cc (warna hijau) UP: 1000ml	(M)	07.24	02-12-22 07.00	<b>DX1:</b>  S: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dan pasien selalu melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul	(M)

1	08.15	<p>Mengobservasi skala nyeri pada pasien</p> <p>H: px mengatakan nyeri berkurang sedikit dan menerapkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri datang</p> <p>-P: luka jahit setelah operasi hari ke 2</p> <p>Q: cekot-cekot</p> <p>R: Perut</p> <p>S: 6 (1-10)</p> <p>T: hilang timbul</p>	(M)			<p>O:</p> <p>P: luka jahit post op hr-2</p> <p>Q: cekot-cekot</p> <p>R: Perut</p> <p>S: 5 (1-10)</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>-k/u: lemah, CRT&lt;2dtk, akral hangat, GCS:456</p> <p>-pasien tanpa gelisah</p> <p>-TD:120/80mmHg N:85x/mnt S:36,5°C SPO:98% RR:20x/mnt</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi 1,2,4,5,7 dilanjutkan.</p>	
4	10.23	<p>Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>H: pasien dan keluarga memperagakan dan mengikuri arahan</p>	(M)		07. 15	<p><b>DX2:</b></p> <p>S:</p> <p>-pasien mengatakan nyeri pada area luka jahitannya mulai berkurang</p> <p>O:</p> <p>luka jahit post op tutup stoma hari ke-2</p> <p>-Panjang kurang lebih 10 cm</p> <p>-berwarna merah</p> <p>-terpasang drain di perut sebelah kiri</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p>	
1,2 ,3	11.00	<p>Mengobservasi TTV pada pasien .</p> <p>H: pasien mengatakan haus dan merasa nyeri pada area luka jahit berkurang</p> <p>-Keadaan Umum pasien : baik, CRT&lt;2dtk, akral hangat, GCS:456</p>	(M)				(M)

		TD:120/80mmHg N:88x/mnt S:36,5°C SPO:99% RR:20x/mnt				P: Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 dilanjutkan	
1,2	12.00	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat analgesik (inj Transamin500mg/iv, Peinlos 800mg/iv)	(M)		07. 25	<b>DX3:</b> S: px mengatakan mual dan haus O: -pasien puasa hari ke 2 -Turgor kulit hangat -membran mukosa kering -k/u: lemah, CRT<2dtk, akral hangat, GCS:456 -CVC 7 (beresiko dehidrasi) drain(-)cc darah, up 1000ml, NGT terbuka 500cc hijau. -TD:120/80mmHg N:85x/mnt S:36,5°C SPO:98% RR:20x/mnt  - BB MRS: 74, TB: 165, IMT: 27 (Obesitas sedang)  -Suara peristaltik usus 9 x/mnt.  A: Masalah belum teratasi  P:Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan	(M)
4	12.05	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)	(M)				
2,4	13.00	Mengobservasi karakteristik luka dan tanda gejala infeksi  -luka jahit tertutup kasa post op tutup stoma hari ke-2  -Panjang kurang lebih 10 cm  -tidak terdapat pus atau rembesan  - leukosit28,9010 <sup>^</sup> 3UL	(M)				
1,3	14.55	Menganjurkan pasien istirahat dan memberikan hasil kolaborasi dokter inj Lansoprazole 30mg/iv karena pasien mengeluh mual	(M)		07. 30	<b>DX4:</b> S: pasien mengatakan nyeri pada area luka jahit mulai berkurang O:	(M)

1,2 3	17.00	<p>Mengobservasi TTV pada pasien .</p> <p>H: pasien mengatakan nyeri mulai berkurang</p> <p>-Keadaan Umum pasien : baik, CRT&lt;2dtk, akral hangat, GCS:456</p> <p>TD:120/80mmHg N:88x/mnt</p> <p>S:36,5°C SPO:99% RR:20x/mnt</p>	(M)		<p>- luka jahit tertutup kasa post op tutup stoma hari ke-2</p> <p>-Panjang kurang lebih 10 cm</p> <p>-terpasang drain perut sebelah kiri</p> <p>-tidak terdapat pus maupun rembesan di kasa</p> <p>- leukosit28,9010<sup>3</sup>UL</p> <p>A: Masalah Belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1,2,3,6 dilanjutkan</p>	
1	20.13	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat analgesik ( Peinlos 800mg/iv)	(M)			
3	20.18	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (Ondacentron 8mg/iv, Vit K 1mg/iv)	(M)			
4	20.20	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)	(M)			
1	22.30	Mnganjurkan pasien istirahat malam				
1	04.00	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat analgesik ( Peinlos 800mg/iv)	(M)			
3	04.10	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (Ondacentron 8mg/iv, Vit K 1mg/iv)	(M)			
4	04.15					

1,2 ,3	05.00	<p>Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)</p> <p>Mengobservasi TTV pada pasien .(pasien mengatakan nyeri berkurang dan mulai terbiasa dengan nyeri)</p> <p>-Keadaan Umum pasien : lemah, CRT&lt;2dtk, akral hangat, GCS:456, suara peristaltik usus 7</p> <p>TD:130/70mmHg N:80x/mnt</p> <p>S:36,3°C SPO:99% RR:20x/mnt</p>	(M)				
3	03-12-22 07.15	<p>Memonitor intake dan output cairan pasien</p> <p>CVC 7 (beresiko dehidrasi) drain(-)cc darah, up 1500ml, NGT terbuka 500cc hijau.</p>	(M)		03-12-20 22	<p><b>DX1:</b></p> <p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang dan selalu melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri datang</p> <p>O:</p> <p>P: luka jahit setelah operasi hari ke 3</p> <p>Q: cekot-cekot</p> <p>R: Perut</p> <p>S: 4 (1-10)</p> <p>T: hilang timbul</p>	
1	07.26	<p>Mengobservasi skala nyeri pada pasien</p> <p>H: px mengatakan nyeri berkurang dan selalu melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri datang</p> <p>P: luka jahit setelah operasi hari ke 3</p> <p>Q: cekot-cekot</p>	(M)				(M)

		R: Perut S: 5 (1-10) T: hilang timbul			-k/u: baik, CRT<2dtk, akral hangat, GCS:456  -TD:120/80mmHg N:95x/mnt S:35,5°C SPO:98% RR:20x/mnt	
2	08.00	Memonitor karakteristik luka -luka jahit post op tutup stoma hari ke-3 -Panjang kurang lebih 10 cm -berwarna merah memudar menyerupai kulit -luka kering	(M)		A:Masalah teratasi :P:Intervensi 1,2,4,5,7 dilanjutkan.	
4	08.23	Memonitor tanda infeksi (leukosit28,9010^3UL)	(M)		<b>DX2:</b> S: -pasien mengatakan nyeri berkurang	(M)
2	08.25	Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	(M)		O: luka jahit post op tutup stoma hari ke-3 -Panjang kurang lebih 10 cm -berwarna merah memudar menyerupai kulit	
2	08.27	Membersihkan area luka jahit dengan NACL atau pembersih nekrotik	(M)		-terpasang drain di perut sebelah kiri A: Masalah teratasi sebagian	
2	09.01	Membersihkan jaringan nekrotik	(M)		P: Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 dilanjutkan	
2	09.15	Memberikan salep yang sesuai dengan luka (sufratul)	(M)		<b>DX3:</b> S: px mengatakan mual dan haus	
2	09.25	Memasang balutan sesuai jenis luka (kasa dan di tutup dengan hypafix)	(M)		O: -pasien puasa hari ke 3 -Turgor kulit hangat -membran mukosa kering	(M)

2	09.30	Menganti balutan sesuai eksudat dan drainase	(M)			
2	10.23	Memberi hasil kolaborasi dokter obat (inj. Transamin 500mg/iv)				
1,2,3	11.33	Mengobservasi TTV pada pasien .  H: pasien nyeri mulai berkurang  -Keadaan Umum pasien : baik, CRT<2dtk, akral hangat, GCS:456  TD:120/80mmHg N:85x/mnt S:36,5°C SPO:98% RR:20x/mnt	(M)			
1,2	12.00	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat analgesik (inj Transamin500mg/iv, Peinlos 800mg/iv)	(M)			
4	12.05	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)	(M)			
1	14.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	(M)			
1,2,3	16.27	Memonitor keadaan umum (pasien tampak baik dan membran mukosa basah, TD: 120/80mmHg, N: 85x/mnt, CRT<2dtk, GCS456)	(M)			
					<p>-k/u: baik, CRT&lt;2dtk, akral hangat, GCS:456 -CVC 11, drain(-)cc darah, up 1500ml, NGT terbuka (-), BB MRS: 74, TB: 165, IMT: 27. -TD:120/80mmHg N:95x/mnt S:35,5°C SPO:98% RR:20x/mnt  -Suara peristaltik usus 9 x/mnt.  A: Masalah belum teratasi  P:Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan  <b>DX4:</b>  S: pasien mengatakan nyeri pada area luka jahit berkurang, dan menerapkan mencuci tangan sebelum menyentuh luka.  O: - luka jahit post op tutup stoma hari ke-3 -Panjang kurang lebih 10 cm -terpasang drain perut sebelah kiri -warna merah pada luka memudar mengikuti warna kulit -tidak terdapat pus maupun rembesan di kasa - leukosit28,9010^3UL</p>	(M)

1,2 3	17.00	Mengobservasi TTV pada pasien .  H: pasien nyeri mulai berkurang  -Keadaan Umum pasien : baik, CRT>2dtk, akral hangat, GCS:456  -suara peristaltik usus 9x/menit  TD:120/80mmHg N:85x/mnt S:36,5°C SPO:98% RR:20x/mnt	(M)			A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi 1,2,3,6 dilanjutkan	
4	20.19	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)	(M)				
1	21.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat					
1	04.00	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat analgesik ( Peinlos 800mg/iv)	(M)				
3	04.09	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (Ondacentron 8mg/iv, Vit K 1mg/iv)	(M)				
4	04.14	Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (inj Cefosubactam 1gr/iv, Metromidazole 500mg/iv)	(M)				
1,2	04-	Mengobservasi TTV pada pasien .(pasien					

,3	12-2022 06.16	<p>mengatakan nyeri berkurang</p> <p>-Keadaan Umum pasien : baik, CRT&lt;2dtk, akral hangat, GCS:456, suara peristaltik usus 25x. Menit, drain(-), NGT terbuka berwarna putih 50cc.</p> <p>-TD:120/80mmHg N:88x/mnt S:36°C SPO:98% RR:20x/mnt</p> <p>Memberikan hasil kolaborasi dokter susu 200ml secara oral</p>	<p>(M)</p> <p>(M)</p>		<p><b>DX3:</b> S: pasien mengatakan mual berkurang dan tidak haus O: -pasien diberikan diet susu 200ml melalui oral -Turgor kulit hangat -membran mukosa lembap -k/u: baik, CRT&lt;2dtk, akral hangat, GCS:456 -CVC 12, drain(-)cc darah, up 1300ml, NGT-. -TD:120/80mmHg N:85x/mnt S:36,5°C SPO:98% RR:20x/mnt - BB MRS: 74, TB: 165, IMT: 27 -Suara peristaltik usus 9 x/mnt.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P:Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan</p>	<p>(M)</p>
3	07.10					

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Tn.O dengan diagnosa medis ca colon + ileostomy post operasi tutup stoma + repair fistel di ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 01 Desember 2022 sampai dengan 03 Desember 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

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

##### **4.1.1 Identitas**

Data didapatkan, pasien berinisial Tn.O berjenis kelamin laki laki, berusia 29 tahun, berkerja sebagai buruh pabrik, dan memiliki lifestyle yang tidak efektif dimana sebelum terdiagnosa ca colon pasien suka minum alkohol dan merokok yang dapat menjadi faktor pemicu beresiko terkena penyakit *ca colon*.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Rivia, 2018) menyebutkan angka kejadian *ca colorectal* lebih banyak pada laki – laki dari perempuan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Kevin, 2018), bahwa dominan laki – laki yang

memiliki lifestyle yang kurang dengan mengkonsumsi alkohol dalam jangka waktu yang lama pada kasus carcinoma colorectal.

#### **4.1.2 Riwayat Penyakit dan Kesehatan**

##### **1. Keluhan Utama**

Berdasarkan Tinjauan kasus, saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri pada area jahitan di perut bekas operasi. P : luka jahit setelah operasi , Q : cekot-cekot, R : perut, S : Skala 7 , T : hilang-timbul. Pasien merasa haus dan mual, pasien tampak meringis dan gelisah karena nyeri yang di rasakan.

Keluhan nyeri yang dirasakan pasien disebabkan karena luka tutup stoma dengan panjang kurang lebih 10cm, hal ini sangat wajar terjadi pada pasien dengan post operasi hari pertama. Hal ini juga perlu menjadi perhatian khusus bagi perawat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman pasien, jika nyeri yang dirasakan tidak ditangani dengan tepat maka akan menimbulkan masalah keperawatan yang dapat mengganggu pasien seperti gangguan pola istirahat dan tidur dan pola aktivitas maupun kegiatan pasien.

Nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada seorang individu. Nyeri pasca bedah merupakan sumber penyebab frustrasi baik bagi klien maupun tenaga kesehatan. Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri (*International Association for the Study of Pain, IASP*) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial dalam kejadian terjadinya kerusakan. Nyeri pasca bedah dapat menjadi faktor utama yang menghambat kemampuan dan keinginan

individu untuk pulih dari penyakit (Potter & Perry, 2006). (S. Agung, Andaryani, & Sari, 2018).

Saat pengkajian pasien juga mengeluh mual dan haus pada pasien post operasi mual dapat disebabkan efek samping dari puasa dan cemas, dimana pasien dianjurkan untuk puasa sebelum melakukan tindakan operasi dan dipuaskan kembali setelah operasi yang bertujuan untuk mengosongkan lambung pasien yang dimana jika tidak dipuaskan akan berefek samping pada mual muntah karena efek samping dari anestesi. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Chatterjee et al., 2011) dimana Efek yang tidak menyenangkan dari tindakan pembedahan yaitu mual muntah post operasi yang merupakan komplikasi dari anestesi dikenal dengan sebutan *Post Operative Nausea and Vomiting (PONV)*. Perhitungan indeks masa tubuh (IMT) perlu diketahui sebelum dilakukan tindakan operasi agar meminimalisir penyebab terjadinya mual muntah setelah operasi akibat efek samping dari tindakan anestesi. Sejalan dengan penelitian (Qudsi & Jatmiko, 2016) dimana pasien dengan obesitas ringan 25-27 dan obesitas tinggi >30 beresiko mengalami *Post Operative Nausea and Vomiting (PONV)*. Dimana diketahui berat badab Tn.o 74kg dan tinggi badannya 165cm dengan score IMT:27, dimana termasuk dalam obesitas sedang yang dapat beresiko mengalami *Post Operative Nausea and Vomiting*.

### **1. Riwayat Penyakit Dahulu**

Riwayat penyakit dahulu pada pasien, di dapatkan data pasien memiliki riwayat ca colon pada bulan Mater 2022. Penyebabnya dikarebakan pola hidup pasien yang kurang sehat dimana keluarga pasien mengatakan bahwasannya sebelum mendapatkan pekerjaan pasien suka mengkonsumsi alkohol dan

merokok. Hal ini sejalan dengan penelitian (Rivia, 2018) menyebutkan angka kejadian *ca colorectal* lebih banyak pada laki – laki dari perempuan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Kevin, 2018), bahwa dominan laki – laki yang memiliki lifestyle yang kurang dengan mengkonsumsi alkohol dalam jangka waktu yang lama pada kasus carcinoma colorectal.

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

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

##### **1. Pencernaan / Bowel**

Pemeriksaan fisik pada sistem pencernaan didapatkan hasil, Pasien dipuaskan 5 hari, mukosa bibir kering, terdapat luka post opeasi tutup stoma dan terdapat drain, luka kurang lebih 10cm, berwarna merah, tidak terdapat pus maupun rembesan darah pada kasa, up:800ml, bising usus 7x/menit, BB SMRS : 71 Kg, BB MRS : 74 Kg. Dengan skor IMT : 27. Terdapat keluhan nyeri dan mual.

Penelitian yang dilakukan oleh (Alfira, 2020) Mual muntah pasca bedah masih menjadi perhatian utama pada pasien yang menjalani pembedahan. *Post operative nausea and vomiting* (PONV) adalah perasaan mual muntah yang dirasakan dalam 24 jam setelah prosedur anestesi dan pembedahan. PONV adalah komplikasi yang sering terjadi setelah operasi. Hal ini disebabkan karena efek langsung terhadap jalur gastrointestinal dan menstimulasi pusat muntah oleh *Chemoreceptor Trigger Zone* sebagai efek samping dari obat-obat yang digunakan pada saat operasi pembedahan. Mual muntah yang dialami akibat prosedur

pembedahan akan menimbulkan penurunan nafsu makan sehingga menurunkan intake nutrisi yang dibutuhkan tubuh. Jika asupan nutrisi yang kurang kesehatan pasien juga akan terganggu seperti tampak lemas, lesu, mudah terserang penyakit, serta penurunan system imun tubuh. Oleh sebab itu mual muntah ini perlu ditangani dengan baik untuk mengoptimalkan kebutuhan asupan nutrisi pasien

Menurut (Sandy, 2015) juga mengatakan Walaupun penyebab pasti ILO sulit ditentukan, namun penyebabnya sering dikaitkan dengan flora mikroba dan pasien, petugas bedah, teknik pembedahan, lingkungan, dan faktor pasien sebagai pejamu (Gruendemann, 2005). Hasil dari penelitian sebelumnya menemukan dua faktor yang memegang peranan penting dalam memengaruhi kejadian infeksi luka operasi, yaitu faktor endogen dan eksogen. Faktor endogen merupakan faktor yang ada di dalam penderita sendiri seperti umur, jenis kelamin, penyakit predisposisi ILO, dan operasi dahulu sedangkan faktor eksogen merupakan faktor di luar penderita, seperti lama penderita dirawat di rumah sakit, tingkat kebersihan luka, kepatuhan melaksanakan teknik aseptik, lama operasi, dan jumlah personil di kamar operasi, dan perawatan luka pasca operasi.

#### **4.2 Pemeriksaan Penunjang**

Berdasarkan tinjauan kasus didapatkan pemeriksaan penunjang yang abnormal, diantaranya leukosit  $28,90 \times 10^3/\mu\text{L}$  (N  $4.000-10.000 \times 10^3/\mu\text{L}$ )

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Amalina, Suchitra, & Saputra, 2018) Pemeriksaan penunjang berupa jumlah leukosit menunjukkan sembilan puluh persen pasien post operasi menunjukkan peningkatan hitung jumlah leukosit antara  $10.000 \text{ sel}/\mu\text{L}$  sampai dengan  $15.000 \text{ sel}/\mu\text{L}$ . 14 Leukosit

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

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

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

### **4.3 Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian pada Tn.O didapatkan hasil diagnosis keperawatan sebagai berikut :

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

Halaman 172)

Pengkajian tanggal 01 November 2022 dan masalah ini ditegakkan sebagai diagnosa pertama yakni nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang ditandai dengan keluhan nyeri pada bagian perut, karena luka post op tutup stoma, cekot-cekot, pada area perut dengan skala 7 dari satu sampai sepuluh, nyeri dirasakan hilang timbul, terdapat luka tertutup kasa, post operasi tutup stoma hari ke satu, dengan panjang kurang lebih 10 cm, ekspresi wajah pasien tampak gelisah, dan tampak meringis. tekanan darah 130/80 mmHg.

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

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (S. Agung et al., 2018) Ada berbagai macam nyeri yang dialami oleh pasien di Rumah Sakit dan sebagian besar penyebab nyeri pasien diakibatkan karena tindakan pembedahan/ operasi yang termasuk nyeri akut dan dapat menghambat proses penyembuhan pasien karena menghambat kemampuan pasien untuk terlibat aktif dalam proses penyembuhan dan meningkatkan resiko komplikasi akibat imobilisasi sehingga

rehabilitasi dapat tertunda dan hospitalisasi menjadi lama jika nyeri akut tidak terkontrol sehingga harus menjadi prioritas perawatan Nyeri pasca bedah merupakan satu dari masalah-masalah keluhan pasien tersering di rumah sakit.

Pada masalah keperawatan nyeri akut, direncanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik (SLKI, L. 08066, halaman 145).

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 01-03 Desember 2022. implementasi untuk manajemen nyeri adalah : 1)Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2) Mengidentifikasi skala nyeri, 3) Mengidentifikasi faktor yang memperlambat dan memperberat nyeri, 4) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam), 5) Memfasilitasi istirahat tidur.6) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, 6) Berkolaborasi dengan dokter pemberian analgesik (Inj peinos3x800mg ).

Evaluasi pada hari ke 1 (01/12/2022) di dapatkan keluhan nyeri pada pada area perut luka operasi, P: luka jahit post operasi tutup stoma hari ke 1, Q: nyeri terasa cekot-cekot, R: nyeri pada area perut, S: skala nyeri 7 dari 1-10, T: nyeri hilang timbul. Keadaan umum lemah, CRT<2 detik, akral hangat, GCS 456, RR:20x/menit, TD: 130/90mmHg, S:36,°C, SPO: 99%, N: 85x/menit, Tn.O tampak gelisah dan meringis saat nyeri datang. Dari data perilaku tersebut tampaknya pasien masih merasakan nyeri yang tiba-tiba muncul dan mengganggu istirahat pasien meski pasien mencoba melakukan teknik relaksasi

napas dalam saat nyeri muncul. Masalah belum teratasi, intervensi untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien tetap dilanjutkan.

Evaluasi pada hari ke 2 (02/12/2022) di dapatkan keluhan nyeri sedikit berkurang dan pasien selalu melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri datang, P: luka jahit post operasi hari ke 2, Q: nyeri terasa cekot-cekot, R: nyeri pada area perut, S: skala nyeri 5 dari 1-10, T: nyeri hilang-timbul. Tn.O tampak tidak gelisah, TD: 120/80mmHg RR: 20x/menit, S: 36,5°C N: 85x/menit, GCS: 456 dengan keadaan umum lemh, CRT<2 detik, akral hangat. Dari data tersebut tampaknya nyeri pada pasien sudah mulai berkurang, ekspresi pasien tampak tidak meringis, masalah sebagian teratasi dan intervensi untuk mengurangi nyeri tetap dilanjutkan.

Evaluasi pada hari ke 3 (03/12/2022) di dapatkan nyeri berkurang dan pasien selalu melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri datang, dengan P: luka jahit post operasi hari ke 3, Q: nyeri terasa cekot-cekot, R: nyeri pada area perut, dengan S: skala 4 dari 1-10. dan nyeri terasa hilang timbul. Pasien tampak tidak meringis dan gelisah, TD: 120/80mmHg RR: 20x/menit, S: 35,5°C, N: 95x/menit, GCS: 456 dengan keadaan umum baik, CRT<2 detik, karal hangat. Dari data tersebut tampaknya keluhan nyeri mulai berkurang, pasien selalu menerapkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul dan pasien tampak beristirahat dengan baik tanpa terbangun karena nyeri yang tiba-tiba muncul dan mengganggu tidur pasien.

## 2. Gangguan integritas kulit/Jaringan berhubungan dengan pembedahan

Pengkajian tanggal 01 Desember 2022, masalah gangguan integritas kulit/jaringan ditegakkan sebagai diagnosa ke dua dengan dibuktikan data-data

yang mendukung yaitu terdapat keluhan nyeri, dan luka jahit tertutup kasa, panjang kurang lebih 10cm, berwatna merah, dan terdapat drain pada perut sebelah kiri.

Gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berdasarkan hasil penelitian (Supriyanto, 2016), menunjukkan bahwa hasil perawatan luka post op dengan menggunakan NaCl 0,9% dan diberi kasa dengan antibiotik framycetin sulfate sebagai primare dressing didapatkan kondisi luka bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Perawatan luka dengan pemberian NaCl 0,9% berfungsi untuk membersihkan luka, melembabkan luka dalam membantu pembentukan granulasi jaringan baru. Selain NaCl 0,9%, perawatan luka dengan pemberian kasa dengan antibiotik framycetin sulfate juga membantu mempercepat proses penyembuhan luka. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Awaluddin, 2019) didapatkan tidak tampak perubahan yang signifikan berdasarkan ukuran dan jaringan nekrotik setelah menggunakan kasa dengan antibiotik framycetin sulfate. Hal ini terjadi karena kasa dengan antibiotik framycetin sulfate berfungsi sebagai antibakteria sehingga hanya tampak perubahan pada luka dengan eksudat yang tinggi atau purulen. Kasa dengan antibiotik framycetin sulfate memberikan perlindungan mekanik pada luka karena sifatnya yang tidak lengket pada jaringan luka sehingga tidak menimbulkan stres luka. Kasa dengan antibiotik framycetin sulfate sangat mudah diangkat dari luka karena sifatnya yang tidak lengket pada jaringan luka. Dengan memberikan perlindungan mekanik pada jaringan luka tersebut, maka jaringan granulasi dan

jaringan epitel dapat tumbuh secara optimal sehingga mempercepat proses penyembuhan luka.

Pada masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan, direncanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam keutuhan kulit meningkat dengan kriteria hasil: kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun (SLKI, L. 08066, halaman 145).

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 01-03 Desember 2022. implementasi untuk Perawatan luka adalah: 1) Memonitor karakteristik luka, 2) memonitor tanda infeksi, 3) Melepaskan balutan dengan plester secara perlahan, 4) membersihkan dengan NACL atau pembersih nekrotik, 5) Bersihkan jaringan nekrotik, 6) memberikan salep yang sesuai dengan lesi/luka jika perlu, 7) memasang balutan sesuai jenis luka, 8) Menganti balutan sesuai eksudat dan drainase, 9) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, 10) Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat (transamin 500mg/iv).

Evaluasi pada hari ke 1 (01/12/2022) di dapatkan keluhan nyeri pada area luka jahit, terdapat luka jahit post op tutup stoma hari ke 1, panjang luka kurang lebih 10cm, luka berwatna merah, dan terpasang drain pada area perut sebelah kiri, setelah dilakukan perawatan luka tampak luka pasien bersih. masalah belum teratasi dan intervensi perawatan luka tetap dilanjutkan.

Evaluasi pada hari ke 2 (02/12/2022) di dapatkan keluhan nyeri pada area luka jahitannya mulai berkurang, terdapat luka jahit post operasi hari kedua

dengan keadaan bersih tidak terdapat rembesan darah maupun pus pada kasa, pada hari ke 2 tidak dilakukan tindakan rawat luka dikarenakan rawat luka dilakukan dua hari sekali selama tidak terdapat rembesan darah atau pus pada kasa..

Evaluasi pada hari ke 3 (03/12/2022) di dapatkan keluhan nyeri berkurang, terdapat luka jahit post operasi tutup stoma hari ke 3 dengan panjang luka kurang lebih 10cm, warna merah mulai berkurang dan menyerupai warna kulit, dan terdapat drain pada perut sebelah kiri. Masalah sebagian teratasi dengan ditandai kemerahan pada luka menurun dan keluhan nyeri menurun.

### 3. Risiko Hipovolemia

Pengkajian tanggal 01 November 2022 dan masalah ini ditegakkan sebagai diagnosa ketiga yakni risiko hipovolemia yang ditandai dengan adanya keluhan mual dan haus, suara peristaltik usus 7x/menit, residu lambung meingkat (mual), pasien dipuasakan selama 5 hari, terpasang CVC dengan skor 9 dimana tidak terdapat kekurangan cairan pada pasien tetapi pasien beresiko untuk kekurangan cairan pada tubuhnya, TD: 130/90mmHg, HB: 17.40 g/dl, BB MRS: 74, TB: 165, IMT: 27 (Obesitas sedang).

Mual yang dikeluarkan oleh pasien dapat disebabkan efek samping dari puasa dan cemas, dimana pasien dianjurkan untuk puasa sebelum melakukan tindakan operasi dan dipuasakan kembali setelah operasi yang bertujuan untuk mengosongkan lambung pasien yang dimana jika tidak dipuasakan akan berefek samping pada mual muntah karena efek samping dari anestesi. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Chatterjee et al., 2011) dimana Efek yang tidak menyenangkan dari tindakan pembedahan yaitu mual muntah post operasi yang merupakan komplikasi dari anestesi dikenal dengan sebutan *Post Operative*

*Nausea and Vomiting (PONV)*. Perhitungan indeks masa tubuh (IMT) perlu diketahui sebelum dilakukan tindakan operasi agar meminimalisir penyebab terjadinya mual muntah setelah operasi akibat efek samping dari tindakan anestesi. Sejalan dengan penelitian (Qudsi & Jatmiko, 2016) dimana pasien dengan obesitas ringan 25-27 dan obesitas tinggi >30 beresiko mengalami *Post Operative Nausea and Vomiting (PONV)*. Dimana diketahui berat badab Tn.o 74kg dan tinggi badannya 165cm dengan score IMT:27, dimana termasuk dalam obesitas sedang yang dapat beresiko mengalami *Post Operative Nausea and Vomiting*.

Pada risiko hipovolemia, dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam kondisi volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler membaik. Dengan kriteria hasil: turgor kulit meningkat, output urine meningkat, keluhan haus menurun, membran mukosa membaik (SLKI, L. 08066, halaman 145).

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat dan di implementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 01-03 Desember 2022. Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan adalah: 1) Memonitor elastisitas atau turgor kulit, 2) Memonitor intake dan output cairan, 3) Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia (tekanan darah menurun, nadi meningkat, turgor kulit menurun, haus, lemah).4) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. 5) Menginformasikan hasil pemantauan, 6) Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat (Infus Celinimix 1000ml/iv, Vit K 1mg/iv).

Evaluasi pada hari ke 1 (01/12/2022) didapatkan keluhan mual dan haus, pasien puasa hari ke 1, turgor kulit hangat, membran mukosa kering, keadaan

umum lemah. Tn.O terpasang CVC dengan nilai 12, drain: 10cc darah, NGT terbuka 130cc (warna hijau), output urin 800ml, GCS 456, RR:20x/menit, TD: 130/90mmHg, S:36°C, N:85x/menit, suara peristaltik usus 7x/menit, turgor kulit hangat dan CTR >2 detik. Dari data tersebut pasien terpasang CVC dengan skor 12mmHg, pasien tidak dehidrasi tetapi pasien juga dapat beresiko kekurangan cairan dikarenakan pasien dipuaskan selama 5 hari.

Evaluasi pada hari ke 2 (02/12/2022) didapatkan keluhan mual dan haus, pasien puasa hari ke 2, turgor kulit hangat, membran mukosa kering, keadaan umum lemah. Tn.O terpasang CVC dengan nilai 07mmHg, drain: 10cc darah, NGT terbuka 130cc (warna hijau), output urin 1000ml, GCS 456, RR:20x/menit, TD: 120/80mmHg, S:36,5°C, N:85x/menit, suara peristaltik usus 9x/menit, turgor kulit hangat dan CTR >2 detik. Dari data tersebut pasien terpasang CVC dengan skor 7mmHg, dimana pasien tidak mengalami dehidrasi tetapi pasien dapat beresiko mengalami dehidrasi, dikarenakan pasien dipuaskan selama 5 hari.

Evaluasi pada hari ke 3 (03/12/2022) didapatkan keluhan mual dan haus, pasien puasa hari ke 3, turgor kulit hangat, membran mukosa kering, keadaan umum baik. Tn.O terpasang CVC dengan nilai 11mmHg, drain: -cc darah, NGT terbuka -, output urin 1500ml, GCS 456, RR:20x/menit, TD: 120/80mmHg, S:35,5°C, N:95x/menit, suara peristaltik usus 9x/menit, turgor kulit hangat dan CTR >2 detik. Dari data tersebut pasien terpasang CVC dengan skor 11mmHg, dimana pasien tidak mengalami dehidrasi tetapi pasien dapat beresiko mengalami dehidrasi, dikarenakan pasien dipuaskan selama 5 hari.

Evaluasi pada hari ke 4 (03/12/2022) didapatkan keluhan mual berkurang dan pasien tidak merasa haus dikarenakan mendapatkan diet dari dokter susu

200ml melalui oral, turgor kulit hangat, membran mukosa kering, keadaan umum baik. Tn.O terpasang CVC dengan nilai 12mmHg, drain: -cc darah, NGT -, output urin 1300ml, GCS 456, RR:20x/menit, TD: 120/80mmHg, S:36,5°C, N:85x/menit, suara peristaltik usus 9x/menit, turgor kulit hangat dan CTR >2 detik. Dari data tersebut pasien diet susu 200ml dari dokter .

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

Pengkajian tanggal 01 Desember 2022, masalah resiko infeksi ditegakkan sebagai diagnosa ke empat dengan dibuktikan data-data yang mendukung yaitu data obyektif ditandai dengan keadaan luka jahit tertutup kasa, warna luka merah, panjang luka kurang lebih 10cm, tidak terdapat pus maupun rembesan dalam kasa, leukosit  $28,90 \cdot 10^3$ UL .

Pada tinjauan kasus, penulis menyimpulkan bahwa risiko infeksi disebabkan karena tindakan operasi *close stoma*, dimana pasien sebelumnya memiliki riwayat penutupan kolostomy di RS. Haji Surabaya pada bulan maret 2022 dimana 3 hari setelah pulang dari rumah sakit didapatkan infeksi pada luka jahitan dengan adanya sedikit darah dan nanah.

Penelitian yang dilakukan oleh (Crossa et al., 2011) mengatakan bahwa Komplikasi yang seringkali ditemukan pada pasien operasi adalah infeksi post operasi. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptic. Upaya untuk mempertahankan tingkat aseptik yang disyaratkan

memang merupakan tantangan ketika menghadapi masalah pertumbuhan mikroorganisme yang cepat dan tidak terlihat, reservoir mikroorganisme, dan rute penularan yang kompleks. Perawat perioperatif berperan penting dalam pencegahan ILO, terutama memperhatikan teknik aseptik yang sesuai dengan prosedur.

Pada Risiko infeksi dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam derajat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil: kemerahan menurun, nyeri menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik (SLKI, L. 08066, halaman 145).

Tindakan yang dilakukan pada masalah risiko infeksi difokuskan pada tingkat infeksi dan pencegahan infeksi. Tingkat infeksi dinilai melalui tanda-tanda adanya infeksi pada sekitar luka seperti bengkak, kemerahan, panas, nyeri, pada daerah luka, jika semua tanda infeksi tersebut terdapat pada pasien maka luka pasien dianggap mengalami infeksi. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Implementasi untuk pencegahan infeksi adalah: 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, 2) Memberikan perawatan kulit pada area edema, 3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, 5) Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, 6) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, 7) Memberikan hasil kolaborasi dokter obat (Cefosulbactam 1gr/iv, metromidazole 500mg/iv)

Evaluasi pada hari ke 1 (01/12/2022) didapatkan keluhan nyeri pada area luka jahit, didapatkan data hasil lab leukosit  $28,90 \times 10^3$ UL, terdapat luka jahit post operasi tutup stoma hari ke 1, terpasang drain pada area perut sebelah kiri,

dengan panjang luka kurang lebih 10 cm, berwarna merah, tidak terdapat pus atau rembesan dalam kasa, kemudian dilakukan perawatan luka dengan prinsip steril untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka dan pasien mulai paham mengenai tanda dan gejala terjadinya infeksi, dan mengajarkan keluarga dan juga pasien cara mencuci tangan dengan benar.

Evaluasi pada hari ke 2 (02/12/2022) didapatkan keluhan nyeri pada area luka jahit mulai berkurang, didapatkan data hasil lab leukosit  $28,90 \cdot 10^3$ UL, terdapat luka jahit post operasi tutup stoma hari ke 2 tertutup kasa, terpasang drain pada area perut sebelah kiri, dengan panjang luka kurang lebih 10 cm, tidak terdapat pus atau rembesan dalam kasa, pada hari ke dua tidak dilakukan perawatan luka.

Evaluasi pada hari ke 3 (03/12/2022) didapatkan keluhan nyeri pada area luka jahit, didapatkan data hasil lab leukosit  $28,90 \cdot 10^3$ UL, terdapat luka jahit post operasi tutup stoma hari ke 3, terpasang drain pada area perut sebelah kiri, dengan panjang luka kurang lebih 10 cm, warna merah pada luka pasien mulai memudar mengikuti warna kulit, tidak terdapat pus atau rembesan dalam kasa, kemudian dilakukan perawatan luka dengan prinsip steril untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka pasien, ditemukan luka hari ke-3 terlihat kering pada area jahitan.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

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

#### **5.1 Simpulan**

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

- 1) Pengkajian paada pasien didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri pada area perut setelah operasi penutupan stoma, pasien tampak meringis dan gelisah, dan lemah, terdapat luka jahit tertutup kasa dengan panjang kurang lebih 10cm, terdapat drain pada perut area perut sebelah kiri, tidak terdapat pus maupun rembesan darah pada kasa, hasil lab leukosit pasien  $28.90 \times 10^3$ UL. Pasien mengeluh mual dan haus, keadaan umum pasien lemas, mukosa bibir kering, GCS 456, CRT<2 detik, akral hangat, tekanan darah 130/80mmHg, nadi 98x/ menit, suhu 36°C, respirasi 20x/ menit, peristaltik usus 7x/menit, terpasang CVC dengan skor 7mmHg, dan terpasang karteter.
- 2) Diagnosis mesis keperawatan yang muncul pada Tn.O yakni, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan intregitas

kulit/jaringan berhubungan dengan pembedahan, risiko hipovolemia, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

3) Rencana Tindakan Keperawatan pada Tn.O disesuaikan dengan diagnosa keperawatan pasien, dengan tujuan utama keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, kemerahan menurun, keluhan haus menurun, membran mukosa membaik, kadar sel darah putih membaik.

4) Implementasi Keperawatan

Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan nyeri akut difokuskan pada peran mandiri perawat yaitu mengajarkan teknik non farmakologis meredakan nyeri, masalah risiko infeksi difokuskan pada pencegahan infeksi dengan cara 6 langkah cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh luka dan dilakukan pada diagnosa yang muncul pada pasien dengan intervensi yang telah direncanakan sesuai dengan pasien.

5) Evaluasi Keperawatan

Pada akhir evaluasi pada tanggal 03 Desember 2022 masalah nyeri akut teratasi, masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian, Risiko Hipovolemia teratasi, masalah risiko infeksi teratasi sebagian.

## **5.2 Saran**

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

### **5.2.1 Bagi Pasien**

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

### **5.2.2 Bagi Perawat**

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

### **5.2.3 Bagi Rumah Sakit**

Guna meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional diharapkan adanya suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien serta penanganan yang tepat pada setiap pasien dengan klasifikasi yang berbeda

### **5.2.4 Bagi Mahasiswa**

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

## DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

## LAMPIRAN

### LAMPIRAN 1 Curriculum vitae

#### A. Biodata pribadi

- |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. Nama                 | : Miftakhatu Fauziyyah    |
| 2. Jenis Kelamin        | : Perempuan               |
| 3. Tempat Tanggal Lahir | : Sidoarjo, 27 Juni 1999  |
| 4. Kebangsaan           | : Indonesia               |
| 5. Status               | : Belum Menikah           |
| 6. Agama                | : Islam                   |
| 7. Alamat               | : Sidokepong Rt.07 Rw.02  |
| 8. No. HP               | : 082132213805            |
| 9. Email                | : miftakhatuf27@gmail.com |
| 10. Program Studi       | : Profesi Ners            |

#### B. Riwayat Pendidikan

- |                                    |                  |
|------------------------------------|------------------|
| 1. TK AN-A'SIRIYYAH                | Tahun Lulus 2004 |
| 2. MI AL-HIKMAH BUDURAN            | Tahun Lulus 2011 |
| 3. SMP NEGERI 1 BUDURAN            | Tahun Lulus 2014 |
| 4. SMK ANTARTIKA 2 SIDOARJO        | Tahun Lulus 2017 |
| 5. D-III STIKES HANG TUAH SURABAYA | Tahun Lulus 2020 |
| 6. S-1 STIKES HANG TUAH SURABAYA   | Tahun Lulus 2022 |

## LAMPIRAN 2 Motto dan Persembahan

### MOTTO & PERSEMBAHAN

#### MOTTO

“رَجَعُونَ وَإِلَيْهِ شَيْءٌ كُلِّ مَلَكُوتٍ بِيَدِهِ يَا ذِي الْقُرُونِ الْآخِرَةِ كُنْ”

Kupersembahkan Sebagai Rasa Hormat dan Sayangku

1. Terimakasih kepada Allah Sallallahu alaihi wasallam atas nikmat kesehatan, rahmatnya, dan ridho atas kehendaknya yang selalu membimbing dan menuntun di setiap proses saya.
2. Kedua orang tua dan keluarga saya yang selalu mendoakan, mendukung, dan memberi semangat setiap saat.
3. Terima kasih kepada dosen pembimbing ibu Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan dosen penguji Bapak Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns., M.Kep, Sp.KMB & pembimbing ruangan serta sebagai penguji Ibu Novi Indriyanti R, S.Kep.,Ns yang telah memberikan semangat, kritik dan saran dengan penuh kesabaran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Teman-Teman D3 dari Kumara 23, S1 Pararel dan Reguler yang selalu mendukung dan memberi semangat saya.
5. Teman dekat saya Desaptian Ilham Romadhoni yang selalu sabar menemani dan mensupport dalam setiap langkah saya.
6. Sahabat-Sahabat saya Herlina, Sherlly, Lia, Ayu, Cici, Aisyah, Prinka, Dwi, Andini, Lintang, Bapak Harun, Hafiz yang selalu memberi dukungan dan semangat setiap saat.

### LAMPIRAN 3 SOP Perawatan Luka Operasi

#### STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

 <b>STIKES HANG TUAH SURABAYA</b>	<b>PERAWATAN LUKA OPERASI</b>		
	<b>No. Dokumen SOP/012022</b>	<b>No. Revisi 0</b>	<b>Halaman 1</b>
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	<b>Tanggal terbit : 01 Desember 2022</b>	<b>Miftakhatu Fauziyyah</b>	
<b>PENGERTIAN</b>	Membersihkan luka, mengobati luka, dan menutup kembali luka dengan tehnik steril		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk membersihkan luka</li> <li>2. Mencegah masuknya kuman dan kotoran kedalam luka</li> <li>3. Memberikan pengobatan pada luka</li> <li>4. Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien</li> <li>5. Mengevaluasi tingkat kesembuhan luka</li> </ol>		
<b>INDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. luka baru maupun luka lama</li> <li>2. luka post operasi</li> <li>3. Luka bersih, luka kotor</li> </ol>		
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beritahu pasien / keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Pasien disiapkan sesuai dengan kebutuhan tindakan di atas brankard</li> <li>3. Atur posisi pasien</li> </ol>		
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seperangkat set perawatan luka steril</li> <li>2. Sarung tangan steril</li> <li>3. Pinset 3 ( 2 anatomis, 1 sirurgis )</li> <li>4. Gunting ( menyesuaikan kondisi luka )</li> <li>5. Balutan kassa dan kassa steril</li> <li>6. Kom untuk larutan antiseptic/larutan pembersih</li> <li>7. Salep antiseptic ( bila diperlukan )</li> <li>8. Kasa</li> <li>9. Larutan pembersih yang diresepkan ( garam fisiologis, betadin,)</li> <li>10. Gunting perban / plester</li> <li>11. Sarung tangan sekali pakai</li> <li>12. Plester, pengikat, atau balutan sesuai kebutuhan</li> </ol>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>13. Bengkak</li> <li>14. Perlak pengalas/ underpad</li> <li>15. Kantong untuk sampah</li> <li>16. Troli / meja dorong</li> </ul>
<b>PROSEDUR</b>	<p>ganti Balutan Kering</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahap pre interaksi       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membaca catatan perawat untuk rencana perawatan luka</li> <li>b. Mencuci tangan</li> <li>c. Menyiapkan alat</li> </ol> </li> <li>2. Tahap orientasi       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan salam, memanggil klien dengan namanya</li> <li>b. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien / keluarga</li> </ol> </li> <li>3. Tahap kerja       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai</li> <li>b. Susun semua peralatan yang diperlukan di troli dekat pasien ( jangan membuka peralatan steril dulu )</li> <li>c. Letakkan bengkak di dekat pasien</li> <li>d. Jaga privasi pasien, dengan menutup tirai yang ada di sekitar pasien, serta pintu dan jendela</li> <li>e. Mengatur posisi klien, instruksikan pada klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril</li> <li>f. Mencuci tangan secara seksama.</li> <li>g. Pasang perlak pengalas</li> <li>h. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset</li> <li>i. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan. Jika masih terdapat plester pada kulit, bersihkan dengan kapas larutan NaCl</li> <li>j. Dengan sarung tangan atau pinset, angkat balutan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan klien</li> <li>k. Jika balutan lengket pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril / NaCl</li> </ol> </li> </ol>

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

## LAMPIRAN 4 SOP Breathing Excercise

	<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b> <b>BREATHING EXERCISE</b>
<b>Pengertian</b>	Breathing exercise merupakan latihan napas dalam adalah merupakan bagian dari teknik pernapasan yang menekan pada inspirasi maksimum yang panjang yang dimulai dari akhir ekspirasi
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk meningkatkan volumeparu</li> <li>2. Meningkatkan dan redistribusiventilasi</li> <li>3. Mempertahankan alveolus tetapmengembang</li> <li>4. Meningkatkanoksigenisasi</li> <li>5. Meningkatkan kekuatan dan daya tahan serta efisiensi otot-ototpernafasan</li> </ol>
<b>Persiapan Alat</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pena.</li> <li>2. Bukucatatan</li> <li>3. Musik/Mp3</li> </ol>
<b>Persiapan Pasien</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minta klien mengambil posisi semi fowler 45° yang nyaman sambil memejamkan mata.</li> <li>2. Pasikan privasi klienterjaga.</li> <li>3. Instruksikan klien untuk mengulangi teknik ini apabila terdapat rasa nyeri, cemas, jenuh dan ketegangan otot</li> </ol>
<b>Terminasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi perasaanpasien</li> <li>2. Kontrak waktu untuk kegiatanselanjutnya</li> </ol> Dokumentasikan prosedur dan hasilobservasi
<b>Daftar Pustaka</b>	Puspitasari <i>et al</i> (2017). Pengaruh Terapi Latihan terhadap Congestive Heart Failure NYHA III-IV e.c Mitral Regurgitation, Trikuspidal Regurgitation, Pulmonal Hipertensi. <i>Jurnal Fisioterapi Dan Rehabilitasi (JFR)</i> ,1(1), 72–80
<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yangtenang</li> <li>2. Perdengarkan musik atau suara yang lembut sebagai latar belakang untuk membantu klien merasarileks</li> <li>3. Anjurkan klien untuk mengisirahatkanpikirannya.</li> <li>4. Instruksikan klien untuk tarik nafas dalam melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara dan hembuskan secara perlahan melalui mulut</li> <li>5. Lakukan beberapa kali sampai klienrileks</li> <li>6. Intruksikan klien sambil menghembuskanudara melalui mulut secara perlahan untuk memusatkan perhaiannya pada udara yang mengalir dari seluruh tubuh yaitu tangan, kaki, menujukeparu-paru.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Kemudian minta klien untuk memusatkan perhatian pada udara yang mengalir dari paru-paru dan merasakannya keluar dari tubuh</li><li>8. Minta klien untuk membayangkan udara keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki, minta klien merasakan kenikmatannya.</li><li>9. Dengan suara lembut, minta klien untuk memikirkan hal atau pengalaman yang menyenangkan yang membuat klien nyaman, tenang dan bahagia.</li><li>10. Setelah klien merasakan ketenangan, minta klien untuk melakukan secara mandiri.</li></ol>
--	--

Sumber : (Ilmah & Rochmah, 2015)

## LAMPIRAN 5 SOP Distraksi Nyeri

	<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>		No SOP: 01 <b>SOP – Distraksi Nyeri aromaterapi</b>
Tanggal Dibuat <b>01 Desember 2022</b>	Tanggal Berlaku <b>01 Desember 2021</b>	Nama Departemen <b>Keperawatan Medikal Bedah</b>	
Judul <b>Distraksi Nyeri</b>		No Revisi <b>00</b>	Hal. 01
Dibuat oleh <b>Miftakhatu Fauziyyah</b>		Disetujui oleh	
<p><b>A. Definisi</b></p> <p>Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri</p> <p>Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien dengan tepat</li> <li>2. Pikiran beristirahat</li> <li>3. Lingkungan yang tenang</li> </ol> <p><b>B. Tujuan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri</li> </ol> <p><b>C. Indikasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diberikan kepada pasien yang mengalami nyeri akut ataupun nyeri kronis</li> </ol> <p><b>D. Persiapan Alat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hand Sanitizer</li> <li>2. Handscoon</li> <li>3. Majalah</li> <li>4. DVD / Film</li> <li>5. Aroma terapi</li> </ol>			

**E. Prosedur****Tahap Pra Interaksi**

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

**Tahap Orientasi**

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

**Tahap Kerja**

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

tangan dan kai dan rasakan kehangatannya

13. Instruksiakan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
14. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri

#### **Tahap Terminasi**

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

#### **Evaluasi**

1. Kaji ulang pernapasan pasien, observasi Nadi dan tekanan darah pasien
2. Kaji ekspresi pasien apakah skala nyeri berkurang
3. Keluhan pasien setelah dilakukan tindakan distraksi relaksasi nyeri

#### **Dokumentasi**

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

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