

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PASIEN *POST OPS ILEOSTOMY* H+1  
DI RUANG B1 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :  
DWI NYONO, S.Kep  
NIM. 2230034**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
SURABAYA  
TA 2022/2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PASIEN *POST OPS ILEOSTOMY* H+1  
DI RUANG B1 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)



Oleh :  
**DWI NYONO, S.Kep**  
NIM. 2230034

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
SURABAYA  
TA 2022/2023**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 16 Januari 2023

Penulis,



Dwi Nyono  
NIM. 2230034

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Dwi Nyono  
NIM : 2230034  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pasien *Post Ops Ileostomy* H+1 Di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

Ners (Ns.)

**Pembimbing Institusi**



**Nisha Dharmayanti R., S.Kep. Ns., M.Si.**

NIP. 03045

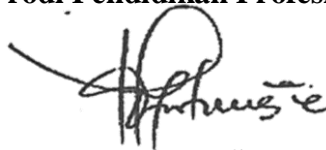
**Pembimbing Klinik**



**Nur Khamdanah, S.Kep., Ns.**

Pembina IV/a NIP 196709271989022002

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



**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.Ns., M.Kep**

NIP. 03.009

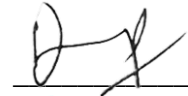
## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Dwi Nyono  
NIM : 2230034  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pasien *Post Ops Ileostomy* H+1 Di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners (NS)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

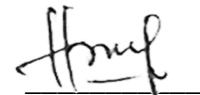
Penguji Ketua : Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc.  
NIP. 03006



Penguji 1 : Nisha Dharmayanti R., S.Kep., Ns., M.Si.  
NIP. 03045



Penguji 2 : Nur Khamdanah, S.Kep., Ns.  
Pembina IV/a NIP 196709271989022002



Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.Ns., M.Kep  
NIP. 03.009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Januari 2023

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih S.Kp.,M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim, M.M selaku Kepala Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Nisha Dharmayanti R., S.Kep. Ns., M.Si. Selaku pembimbing, yang tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Nur Khamdanah, S.Kep.,Ns selaku pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
7. Tn. C telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek Keperawatan Komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Keluarga tercinta yang senantiasa memberikan doa dan semangat dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT mem balas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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. Akhirnya penulis berharap, semoga

Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Januari 2023

Penulis



## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Surat Pernyataan Keaslian Laporan .....	ii
Halaman Persetujuan .....	iii
Halaman Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulisan .....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Karya Ilmiah .....	5
1.5 Metoda Penulisan .....	7
1.6 Sistematika Penulisan .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Malignant Neoplasma Colon (Ca Colon) .....	10
2.1.1 Definisi Malignant Neoplasma Colon (Ca Colon) .....	10
2.1.2 Etiologi .....	10
2.1.3 Anatomi dan Fisiologi .....	12
2.1.4 Manifestasi Klinik .....	13
2.1.5 Klasifikasi .....	14
2.1.6 Patofisiologi .....	15
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.1.8 Penatalaksanaan .....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	21
2.2.1 Pengkajian .....	21
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	25
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	27
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	39
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	39
2.3 Kerangka Masalah Keperawatan .....	40
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>41</b>
3.1 Pengkajian Umum .....	41
3.1.1 Identitas Pasien .....	41
3.1.2 Keluhan Umum .....	41
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	41
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu .....	42
3.1.5 Riwayat Alergi .....	42
3.1.6 Keadaan Umum dan Kesadaran .....	42
3.1.7 Genogram .....	43
3.2 Pemeriksaan Fisik .....	43
3.2.1 B1 (Breath/Pernafasan).....	43

3.2.2 B2 (Blood/Sirkulasi).....	44
3.2.3 B3 (Brain/Persyarafan) .....	44
3.2.4 B4 (Bladder/Perkemihan) .....	45
3.2.5 B5 (Bowel/Pencernaan).....	45
3.2.6 B6 (Bone/Muskuloskeletal).....	46
3.2.7 Sistem Integumen .....	46
3.2.8 Pola Istirahat Tidur .....	46
3.2.9 Sistem Penginderaan.....	46
3.2.10Sistem Endorin.....	47
3.2.11Sistem Reproduksi .....	47
3.2.12Sistem Personal Hygiene .....	47
3.2.13Sistem Psikososiocultural .....	47
3.3 Pemeriksaan Penunjang .....	48
3.4 Terapi Medis .....	51
3.5 Analisa Data .....	53
3.6 Prioritas Masalah Keperawatan .....	55
3.7 Diagnosa Keperawatan .....	56
3.8 Rencana Intervensi Keperawatan.....	58
3.9 Implementasi Keperawatan.....	66
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>111</b>
4.1 Pengkajian .....	111
4.1.1 Data Pasien .....	111
4.1.2 Riwayat Penyakit Sekarang.....	113
4.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	114
4.1.4 Pemeriksaan Diagnostik .....	117
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	119
4.3 Intervensi Keperawatan.....	124
4.4 Implementasi Keperawatan.....	127
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	134
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>137</b>
5.1 Simpulan .....	137
5.2 Saran .....	139
<b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>140</b>
Lampiran .....	145

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Keperawatan Pre Operasi .....	27
Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan Post Operasi .....	34
Tabel 3.1	Hasil pemeriksaan laboratorium .....	50
Tabel 3.2	Terapi medis .....	51
Tabel 3.3	Analisa Data .....	53
Tabel 3.4	Daftar Masalah Keperawatan .....	55
Tabel 3.5	Daftar Intervensi Keperawatan .....	58
Tabel 3.6	Daftar Implementasi Keperawatan .....	66

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Colon .....	13
Gambar 2.2 Klasifikasi Ca Colon .....	15
Gambar 2.3 Kerangka konsep Carsinoma Colon .....	40
Gambar 3.1 Genogram .....	43

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 .....	145
------------------	-----

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Kanker kolorektal adalah jenis kanker yang dimulai di jaringan usus besar dan terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan/atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus) (*American Cancer Society*, 2020). Kebanyakan kanker kolon berkembang dari polip, dan secara histopatologik sebagian besar kanker kolon merupakan adeno-karsinoma (terdiri atas epitel kelenjar) dan memiliki kemampuan menyekresi mukus dengan jumlah berbeda-beda (Minhajati, 2020). Sampai saat ini penyebab KKR tidak diketahui dengan pasti. Terdapat beberapa faktor risiko yang menyebabkan seseorang akan rentan terkena KKR yaitu polip kolorektal, riwayat KKR pada keluarga, kelainan genetik, penyakit inflamasi usus, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, konsumsi tinggi daging merah dan daging olahan, obesitas, diabetes melitus, infeksi *Helicobacter pylori* dan *Fusobacterium spp* (Johnson et al., 2013). Diagnosa KKR ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Keluhan utama serta pemeriksaan fisik yang sering ditemukan pada semua usia berupa perdarahan per anum disertai peningkatan frekuensi defekasi dan/atau diare selama minimal 6 minggu, teraba massa pada fossa iliaka dekstra, adanya tanda-tanda obstruksi mekanik, dan anemia defisiensi besi (Padang & Rotty, 2020).

Berdasarkan *American Cancer Society*, KKR merupakan kanker ketiga terbanyak dan kanker penyebab kematian ketiga terbanyak pada laki-laki dan perempuan di Amerika Serikat (*American Cancer Society*, 2020). Berdasarkan

survei GLOBOCAN 2020, insiden KKR di seluruh dunia menempati urutan kelima dengan jumlah kasus 1.148.515 yaitu 6% dari keseluruhan diagnosis kanker dan menduduki peringkat kelima sebagai penyebab kematian karena kanker (576.858 kematian ditahun 2020) (Sung et al., 2021). Resiko terjadinya kanker kolorektal pada wanita (4.7%) lebih kecil daripada pria (5.0%) sama halnya dengan mortalitas kanker kolorektal pada pria (30-40%) juga lebih tinggi daripada perempuan (Siegel et al., 2014). Prevalensi penderita kanker kolorektal berdasarkan jenis kelamin paling umum ketiga di dunia terjadi pada pria sebanyak 746.000 kasus atau 10,0% persen secara keseluruhan, dan yang paling umum kedua terjadi pada wanita sebanyak 614.000 kasus atau 9,2% persen secara keseluruhan. Dan hampir 55% dari kasus terjadi di negara berkembang (Ferlay et al., 2015). Sesuai Hasil Riskesdas 2018, terjadi kenaikan prevalensi kanker di Indonesia dari tahun 2013 ke tahun 2018 sebanyak 1.4 per 1000 penduduk serta prevalensi tertinggi terdapat di DI Yogyakarta yang mencapai 4.86 per 1000 penduduk, diikuti Sumatera Barat 2.47, dan Gorontalo sebanyak 2.44 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Di Indonesia pada tahun 2018, KKR menduduki posisi keempat dengan jumlah kasus 30.017 (8,6% dari total seluruh kasus kanker di Indonesia). Insiden KKR pada laki-laki sebesar 11,9% dan pada perempuan sebesar 5,8% dari total kejadian seluruh jenis kanker di Indonesia (Bray et al., 2018). Berdasarkan data dari Dinkes Kota Surabaya, angka kasus kanker selama tiga tahun terakhir masih fluktuatif. Data tahun 2018 terdapat 2.379 kasus, 2019 naik menjadi 3.035, kemudian tahun 2020 menurun dengan 2.619 kasus. kasus kanker colon di Surabaya menempati urutan ketujuh (63 kasus) dibawah kasus kanker payudara (*Carcinoma Mammae*) dengan 1.073 kasus,

kanker serviks 279 kasus, kanker ovarium 92 kasus, kanker paru 85 kasus, leukemia 79 kasus dan kanker nasofaring 64 kasus (Widiyana, 2021). Berdasarkan data SIM RS di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, insiden kejadian kanker kolorektal dan menjalani tindakan pembedahan dalam 2 bulan terakhir (periode 1 Oktober s.d 6 Desember 2022) sejumlah 11 kasus kejadian dengan 6 kasus Ca Colon, 3 kasus Ca Rectum dan 2 kasus Ca Sigmoid.

Skrining yang adekuat terbukti menurunkan angka kematian dari kanker kolorektal, karena dengan program skrining yang baik akan lebih banyak ditemukan kasus dini sehingga terapi dapat secara kuratif. Terapi bedah paling efektif bila dilakukan pada penyakit yang masih terlokalisasi. Bila sudah terjadi metastasis, prognosis menjadi buruk dan angka kelangsungan hidup menurun drastic (Pratama & Adrianto, 2019). Pasien kanker kolorektal yang terlambat mendapatkan pengobatan baik karena terlambat memeriksakan diri maupun karena adanya komorbiditas akan berisiko mengalami metastatis kanker. Hal ini terjadi karena sifat kanker sebagai parasit ganas dan tumbuh secara terus menerus (Pebrianty, 2015). Lambatnya pengobatan akan meningkatkan probabilitas pasien mengalami kanker dengan stadium lanjut atau sel kanker telah metastatis pada bagian organ lain. Pada tahap ini pengobatan paliatif akan menjadi satu-satunya perawatan pasien yang bertujuan untuk mengurangi beban penyakit pasien, namun tidak memperbaiki prognosisnya maupun menghilangkan sel kanker (Rahmatia & Ernawati, 2020).

Pasien kolostomi mempunyai gambaran diri negatif setelah tindakan kolostominya, terjadi perubahan struktur tubuh pada klien yang mempunyai stoma dan akan mempengaruhi semua aspek kehidupannya baik secara individu maupun



supra sistemnya. Tindakan pembedahan stoma dapat mengakibatkan perubahan pada individu tersebut baik secara fisiologis maupun secara psikologis. Oleh sebab itu, dibutuhkan peran perawat dalam memberikan support berupa pendidikan (edukasi) mengenai stoma dan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi akibat operasi kolostomi. Peran perawat dalam memberikan edukasi kepada ostomate sangat penting. Hal ini dikarenakan pasien stoma membutuhkan coping yang adaptif untuk menerima kondisi tubuhnya. Perlunya pengetahuan yang komprehensif mengenai stoma sangat dibutuhkan oleh ostomet (Saputra et al., 2020). Selain edukasi terkait dengan stoma, peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Kolorectal (KKR) yang menjalani tindakan operatif adalah pencegahan akan munculnya infeksi. Peran perawat dalam teknik perawatan luka juga menentukan terjadinya infeksi luka operasi. Semakin baik perawatan luka dilakukan maka kemungkinan terjadinya infeksi luka operasi semakin kecil, tetapi sebaliknya semakin buruk perawatan luka dilakukan semakin tinggi kemungkinan terjadinya infeksi luka operasi. Perawatan luka yang baik harus sesuai dengan standar operasional yang ditetapkan masing-masing rumah sakit (Nenoharan & Rusmawati, 2020).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka penulis membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan carcinoma colon, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan *post ops Ileostomy H1* di Ruang B1 Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya ?”

### **1.3. Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan *post ops Ileostomy H+1* di Ruang B1 Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pasien dengan *Post Ops Ileostomy H+1*.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Post Ops Ileostomy H+1*.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Post Ops Ileostomy H+1*.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Post Ops Ileostomy H+1*.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan *Post Ops Ileostomy H+1*.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis *Post Ops Ileostomy H+1*.

### **1.4. Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

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

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian *disability* dan mortalitas pada pasien dengan carcinoma colon (post ops ileostomy)

2. Secara Praktis

- a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan carcinoma colon (*post ops ileostomy*) sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan carcinoma colon (*post ops ileostomy*) serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

- c. Bagi keluarga dan klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit carcinoma colon sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan *post ops ileostomy*.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan carcinoma colon (*post ops ileostomy* ) sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

### **1.5. Metoda Penulisan**

1. Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

### **1.6. Sitematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut pandang medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa carcinoma colon

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

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

BAB 5 : Simpulan dan saran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Malignant Neoplasma Colon (Ca Colon)**

##### **2.1.1. Definisi Malignant Neoplasma Colon (Ca Colon)**

Kanker Kolorektal (KKR) atau disebut juga *Colorectal Cancer* merupakan keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, yang dapat terdiri dari kolon atau rektum maupun keduanya (Paramita, Isabela A., Maulahela, H. & K., 2018). Kanker kolorektal atau kanker usus besar merupakan keganasan yang menyerang jaringan usus besar (kolon) dan rektum (bagian usus paling bawah sampai anus) (P2PTM Kemenkes RI, 2019).

Kanker kolorektal atau kanker colon adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epitel dari kolon atau rektum. Kanker kolorektal ditujukan pada tumor ganas yang ditemukan di kolon dan rectum (Sayuti & Nouva, 2019). Kanker kolorektal (KKR) 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) (Pratama & Adrianto, 2019)

Kanker kolorektal, juga dikenal sebagai kanker kolon, kanker rektum, atau kanker usus, adalah kanker pada kolon (bagian terpanjang pada usus besar) atau rektum (beberapa inci terakhir dari usus besar sebelum anus). Sebagian besar kanker kolorektal adalah adenokarsinoma (kanker yang tumbuh dari dalam sel penghasil lendir dan cairan lain) (Zannah et al., 2021)

##### **2.1.2. Etiologi**

Etiologi kanker kolorektal hingga saat ini masih belum diketahui. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa faktor genetik memiliki korelasi terbesar untuk

kanker kolorektal. Mutasi dari gen *Adenomatous Polyposis Coli (APC)* adalah penyebab *Familial Adenomatous polyposis (FAP)*, yang mempengaruhi individu membawa resiko hampir 100% mengembangkan kanker usus besar pada usia 40 tahun. Banyak faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker kolorektal, diantaranya adalah (Sayuti & Nouva, 2019) :

1. Diet tinggi lemak, rendah serat

Salah satu faktor risiko meningkatnya angka kejadian karsinoma kolorektal adalah perubahan diet pada masyarakat. Diet rendah serat dan tinggi lemak diduga meningkatkan risiko karsinoma kolorektal. Sejumlah penelitian epidemiologi menunjukkan diet tinggi serat berkorelasi negatif dengan risiko kanker kolorektal. Seseorang dengan asupan rendah serat mempunyai risiko 11 kali lebih besar terkena karsinoma kolorektal dibandingkan dengan tinggi serat. Sedangkan asupan serat harian rata-rata orang Indonesia masih rendah sebesar 10,5 g/hari. Serat memberikan efek protektif dari sel kanker dengan mempercepat waktu kontak antara karsinogen dan usus besar saat penggumpalan feses, sehingga menipiskan dan menonaktifkan karsinogen. Efek protektif juga diperoleh dari antioksidan pada sayur dan buah. Selain itu, asam lemak rantai pendek hasil fermentasi serat meningkatkan diferensiasi sel atau menginduksi apoptosis.

2. Usia lebih dari 50 tahun.

3. Riwayat keluarga satu tingkat generasi dengan riwayat kanker kolorektal mempunyai resiko lebih besar 3 kali lipat.



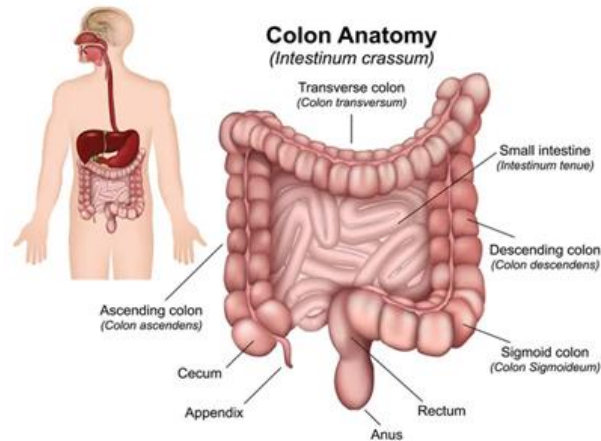
4. Familial polyposis coli, Gardner syndrome, dan Turcot syndrome. Pada semua pasien ini tanpa dilakukan kolektomi dapat berkembang menjadi kanker rektum.
5. Resiko sedikit meningkat pada pasien Juvenile polyposis syndrome, Peutz-Jeghers syndrome dan Muir syndrome.
6. Inflammatory bowel disease.
7. Kolitis Ulseratif (resiko 30 % setelah berumur 25 tahun).
8. Crohn disease, berisiko 4 sampai 10 kali lipat

Menurut Kementerian kesehatan (2018) beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya karsinoma kolorektal. Faktor-faktor yang turut berperan adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia, riwayat kanker kolorektal atau polip adenoma individual maupun keluarga dan riwayat individual penyakit inflamasi usus kronis. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah inaktivitas atau kurangnya aktivitas, obesitas, konsumsi tinggi daging merah, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol berlebih.

### **2.1.3. Anatomi dan Fisiologi**

Kolon dan rektum merupakan salah satu bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga bagian terakhir dari gastrointestinal. Usus besar terdiri dari sekum, kolon, dan rektum. Usus besar berfungsi membantu tubuh menyerap nutrisi dan cairan dari makanan yang kita makan dan minum. Bagian pertama dari usus besar adalah kolon, sebuah tabung muskular yang memiliki panjang sekitar 1,5m dan berdiameter 5cm. Kolon memiliki 4 bagian yaitu kolon asendens, kolon transversum, kolon desendens, dan kolon sigmoid. Kolon berada

di bagian proksimal usus besar sedangkan rektum memiliki panjang sekitar 15cm dan berada sekitar 2-3cm di atas tulang ekor. Air dan nutrisi diserap dari bahan makanan yang menuju ke kolon. Zat-zat sisa yang tidak berguna dari proses sebelumnya dari kolon sigmoid akan menuju ke rektum, kemudian dikeluarkan melalui anus dalam bentuk tinja (American Cancer Society, 2020)



Gambar 2.1 Anatomi Colon (Rutkow, 2000)

#### 2.1.4. Manifestasi Klinik

Gejala umum dari kanker kolorektal ditandai oleh perubahan kebiasaan buang air besar, gejala tersebut meliputi : (American Cancer Society, 2020)

1. Diare atau sembelit
2. Perut terasa penuh
3. Ditemukannya darah (baik merah terang atau sangat gelap) di feses.
4. Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya.
5. Sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perasaan penuh atau kembung.
6. Kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui.
7. Merasa sangat lelah sepanjang waktu.
8. Mual atau muntah.

### 2.1.5. Klasifikasi / Stadium

Menurut *American Cancer Society* (2020) Stadium Kanker Kolorektal meliputi :

1. Stadium 0

Kanker hanya ditemukan di lapisan terdalam dari kolon atau rektum. Stadium ini juga dikenal sebagai prakanker, karena sel-sel kanker belum berkembang dan menyebar.

2. Stadium I

Tumor telah tumbuh ke dinding bagian dalam kolon atau rektum, tetapi tidak melewati dinding.

3. Stadium II

Tumor telah tumbuh lebih dalam ke atau melewati dinding kolon atau rektum. Tumor mungkin telah menyerang jaringan terdekat, tetapi sel-sel kanker belum menyebar ke kelenjar getah bening.

4. Stadium III

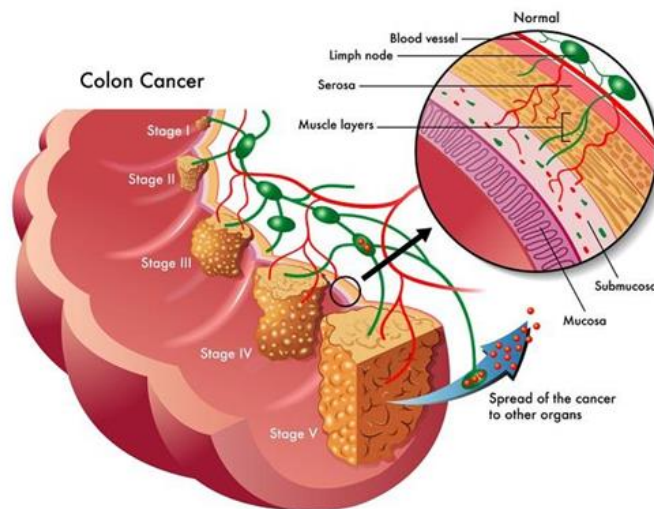
Tumor telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya, tetapi tidak ke bagian lain dari tubuh.

5. Stadium IV

Kanker telah menyebar ke bagian lain dari tubuh, seperti hati atau paru-paru.

Klasifikasi kanker kolon menurut modifikasi DUKES adalah sebagai berikut : (Minhajati, 2020)

1. A, kanker hanya terbatas pada mukosa dan belum ada metastasis.
2. B1, kanker telah menginfiltrasi lapisan muskularis mukosa.
3. B2, kanker telah menembus lapisan muskularis sampai lapisan propria.
4. C1, kanker telah mengadakan metastasis ke kelenjar getah bening sebanyak satu sampai empat buah.
5. C2, kanker telah mengadakan metastasis ke kelenjar getah bening lebih dari 5 buah.
6. D, kanker telah mengadakan metastasis regional tahap lanjut dan penyebaran yang luas & tidak dapat dioperasi lagi.



Gambar 2.2 Klasifikasi Ca Colon (Rutkow, 2000)

### 2.1.6. Patofisiologi

Patofisiologi kanker kolon dimulai dengan munculnya lesi premaligna (adenoma) yang kemudian mengalami perkembangan menjadi karsinoma akibat perubahan genetik dan faktor lingkungan. Hilangnya stabilitas genomik pada mayoritas lesi neoplasma baru menyebabkan akumulasi mutasi dan perubahan

epigenetik pada tumor suppressor gene dan onkogen, sehingga menimbulkan transformasi ganas sel-sel kolon (Minhajati, 2020). Patofisiologi kanker kolorektal terjadi karena beberapa penyebab, seperti berubahnya sel-sel epitel kolon yang normal secara histopatologi melalui kejadian molekular. Penyebab lain yakni polip adenomatosa yang berkembang menjadi kanker kolorektal karena proses karsinogenesis. Sebagian besar kanker kolorektal berasal dari adenokarsinoma (Widhyasih et al., 2019).

### **2.1.7. Pemeriksaan Penunjang**

#### **1. Pemeriksaan laboratorium klinis**

Pemeriksaan laboratorium terhadap karsinoma kolorektal bisa untuk menegakkan diagnosa maupun monitoring perkembangan atau kekambuhannya. Pemeriksaan terhadap kanker ini antara lain pemeriksaan darah, Hb, elektrolit, dan pemeriksaan tinja yang merupakan pemeriksaan rutin. Anemia dan hipokalemia kemungkinan ditemukan oleh karena adanya perdarahan kecil. Perdarahan tersembunyi dapat dilihat dari pemeriksaan tinja (Tambunan, 2016).

Selain pemeriksaan rutin di atas, dalam menegakkan diagnosa karsinoma kolorektal dilakukan juga skrining *CEA (Carcinoma Embrionic Antigen)*. *Carcinoma Embrionic Antigen* merupakan pertanda serum terhadap adanya karsinoma kolon dan rektum. *Carcinoma Embrionic Antigen* adalah sebuah glikoprotein yang terdapat pada permukaan sel yang masuk ke dalam peredaran darah, dan digunakan sebagai marker serologi untuk memonitor status kanker kolorektal dan untuk mendeteksi rekurensi dini dan metastase ke

hepar. Carcinoma Embrionic Antigen terlalu insensitif dan nonspesifik untuk bisa digunakan sebagai skrining kanker kolorektal. Meningkatnya nilai CEA serum, bagaimanapun berhubungan dengan beberapa parameter. Tingginya nilai CEA berhubungan dengan tumor grade 1 dan 2, stadium lanjut dari penyakit dan adanya metastase ke organ dalam. Meskipun konsentrasi CEA serum merupakan faktor prognostik independen. Nilai CEA serum baru dapat dikatakan bermakna pada monitoring berkelanjutan setelah pembedahan (Casciato DA, 2015)

## 2. Pemeriksaan laboratorium Patologi Anatomi

Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi pada kanker kolorektal adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus. Hasil pemeriksaan ini adalah hasil histopatologi yang merupakan diagnosa definitif. Dari pemeriksaan histopatologi inilah dapat diperoleh karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma di kolorektal ini (Tambunan, 2016).

## 3. Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen atau menggunakan kontras. Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras barium enema, yang sensitifitasnya mencapai 90% dalam mendeteksi polip yang berukuran >1 cm. Teknik ini jika digunakan bersama-sama sigmoidoskopi, merupakan cara yang hemat biaya sebagai alternatif pengganti

kolonoskopi untuk pasien yang tidak dapat mentoleransi kolonoskopi, atau digunakan sebagai pemantauan jangka panjang pada pasien yang mempunyai riwayat polip atau kanker yang telah di eksisi.

Computerised Tomography (CT) scan, Magnetic Resonance Imaging (MRI), Endoscopic Ultrasound (EUS) merupakan bagian dari teknik pencitraan yang digunakan untuk evaluasi, staging dan tindak lanjut pasien dengan kanker kolon, tetapi teknik ini bukan merupakan skrining tes (Schwartz, 2015).

#### 4. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi dilakukan saluran pencernaan dengan menggunakan alat kolonoskop, yaitu selang lentur berdiameter kurang lebih 1,5 cm dan dilengkapi dengan kamera. 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.

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 diagnostic kolonoskopi, perdarahan merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi terapeutik, sedangkan perforasi merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi diagnostic (Schwartz, 2015).

#### **2.1.8. Penatalaksanaan**

##### **1. Pembedahan (Operasi)**

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

- a. Reseksi segmental dengan anastomosis (pengangkatan tumor dan porsi usus pada sisi pertumbuhan, pembuluh darah dan nodus limfatik)



- b. Reseksi abominoperineal dengan kolostomi signoid permanen (pengangkatan tumor dan porsisigmoid dan semua rektum serta sfingter anal)
  - c. Kolostomi sementara diikuti dengan reseksi segmental dan anastomosis serta reanastomosis lanjut dari kolostomi
  - d. Kolostomi permanen atau iliostomy (untuk menyembuhkan lesi obstruksi yang tidak dapat direseksi)
- (Sayuti & Nouva, 2019)

## 2. Penyinaran (Radioterapi)

Terapi radiasi memakai sinar gelombang partikel berenergi tinggi misalnya sinar X, atau sinar gamma, difokuskan untuk merusak daerah yang ditumbuhi tumor, merusak genetic sehingga membunuh kanker. Terapi radiasi merusak sel-sel yang pembelahan dirinya cepat, antara alin sel kanker, sel kulit, sel dinding lambung & usus, sel darah. Kerusakan sel tubuh menyebabkan lemas, perubahan kulit dan kehilangan nafsu makan (Tambunan, 2016).

## 3. Kemotherapy

Chemotherapy memakai obat anti kanker yang kuat , dapat masuk ke dalam sirkulasi darah, sehingga sangat bagus untuk kanker yang telah menyebar. Obat chemotherapy ini ada kira-kira 50 jenis. Biasanya di injeksi atau dimakan, pada umumnya lebih dari satu macam obat, karena digabungkan akan memberikan efek yang lebih bagus (Casciato DA, 2015).

#### 4. Difersi vokal untuk kanker kolon dan rectum

Berkeenan dengan teknik perbaikan melalui pembedahan, kolostomi dilakukan pada kurang dari sepertiga pasien kanker kolorektal. Kolostomi adalah pembuatan lubang (stoma) pada kolon secara bedah. Stoma ini dapat berfungsi sebagai difersi sementara atau permanen. Ini memungkinkan drainase atau evakuasi isi kolon keluar tubuh. Konsistensi drainase dihubungkan dengan penempatan kolostomi yang ditentukan oleh lokasi tumor dan luasnya invasi pada jaringan sekitar (Tambunan, 2016)

## **2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan merupakan dasar proses keperawatan diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal masalah klien agar dapat memberikan tindakan keperawatan. Keberhasilan keperawatan sangat penting dalam pengkajian. Tahap pengkajian ini terdiri dari komponen antara lain : anamnesis, pengumpulan data, analisa data, perumusan diagnosa keperawatan (Kozier et al., 2010).

#### 1. Anamnesis

Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, no registrasi, diagnosa medis.

2. Riwayat kesehatan

Perasaan lelah, nyeri abdomen (PQRST), pola eliminasi terdahulu dan saat ini, deskripsi tentang warna, bau, dan konsistensi feses, mencakup adanya darah dan mukus.

3. Riwayat masa lalu tentang penyakit

Riwayat inflamasi kronis pada usus atau polip kolon, riwayat keluarga dari penyakit kolon dan terapi obat saat ini. Kebiasaan diet diidentifikasi mencakup masukan lemak dan atau serat serta jumlah konsumsi alkohol. Penting dikaji riwayat penurunan berat badan.

4. Auskultasi terhadap bising usus dan palpasi untuk nyeri tekan, distensi dan masa padat. Specimen feses diinspeksi terhadap karakter dan adanya darah.

5. Aktivitas dan istirahat

Gejala: Kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah. Insomnia, tidak tidur semalaman karena diare. Merasa gelisah dan ansietas. Pembatasan aktivitas/kerja sehubungan dengan efek proses penyakit.

6. Sirkulasi

Tanda: Takikardia (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri). Kemerahan, area ekimosis (kekurangan vitamin K). Tekanan darah hipotensi, termasuk postural. Kulit/membran mukosa: turgor buruk, kering, lidah pecah-pecah (dehidrasi/malnutrisi).

7. Integritas ego

Gejala: Ansietas, ketakutan misalnya: perasaan tak berdaya/tak ada harapan. Faktor stress akut/kronis misalnya: hubungan dengan keluarga dan pekerjaan, pengobatan yang mahal. Tanda: Menolak, perhatian menyempit, depresi.

8. Eliminasi

Gejala: Tekstur feses bervariasi dari bentuk lunak sampai bau atau berair. Episode diare berdarah tak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering tak dapat dikontrol (sebanyak 20-30 kali defekasi/ hari); perasaan dorongan/kram (tenesmus); defekasi darah/pus/mukosa dengan atau tanpa keluar feses. Pendarahan per rektal. Riwayat batu ginjal (dehidrasi). Tanda: Menurunnya bising usus, tak adanya peristaltik atau adanya peristaltic yang dapat dilihat di hemoroid, fisura anal (25 %), fistula perianal.

9. Makanan dan cairan

Gejala: Penurunan lemak, tonus otot dan turgor kulit buruk. Membran mukosa bibir pucat; luka, inflamasi rongga mulut. Tanda: Anoreksia, mual dan muntah. Penurunan berat badan, tidak toleran terhadap diet/sensitive; buah segar/sayur, produk susu, makanan berlemak.

10. Hygiene

Tanda: Ketidakmampuan mempertahankan perawatan diri. Stomatitis menunjukkan kekurangan vitamin. Bau badan.

11. Nyeri dan kenyamanan

Gejala; Nyeri/nyeri tekan pada kuadran kiri bawah (mungkin hilang dengan defekasi), titik nyeri berpindah, nyeri tekan (arthritis).

Tanda: Nyeri tekan abdomen/distensi.

12. Keamanan

Gejala; Riwayat lupus eritematosus, anemia hemolitik, vaskulitis, Arthritis (memperburuk gejala dengan eksaserbasi penyakit usus). Peningkatan suhu 39-40°Celsius (eksaserbasi akut). Penglihatan kabur, alergi terhadap makanan/produk susu (mengeluarkan histamine kedalam usus dan mempunyai efek inflamasi). Tanda: Lesi kulit mungkin ada misalnya: eritema nodosum (meningkat, nyeri tekan, kemerahan dan membengkak) pada tangan, muka; pioderma ganggrenosa (lesi tekan purulen/lepuh dengan batas keunguan) pada paha, kaki dan mata kaki.

13. Interaksi sosial

Gejala: Masalah hubungan/peran sehubungan dengan kondisi. Ketidakmampuan aktif dalam sosial.

14. Penyuluhan dan pembelajaran

Gejala: Riwayat keluarga berpenyakit inflamasi usus

15. Pemeriksaan fisik persistem (B1-B6)

a. *Breathing* (pernapasan): Biasanya ditandai dengan napas pendek dispnea, ditandai dengan takipne dan frekuensi napas menurun.

b. *Blood* (Sirkulasi/kardio): Terdapat takikardi, perubahan perfusi ditandai dengan turgor buruk, kulit pucat.

- c. *Brain* (persarafan): Kesadaran composmentis-coma refleks menurun
- d. *Blader* (perkemihan): Oliguria, inkontenensia, penurunan jumlah urin akibat kurangnya intake cairan, dehidrasi.
- e. *Bowel* (pencernaan): Ditandai dengan anoreksia, mual, muntah, penurunan BB, tidak toleran terhadap diet, kehilangan nafsu makan, feses bervariasi dari bentuk lunak sampai keras, diare, feses berdarah, menurunnya bising usus.
- f. *Bone* (muskuloskeletal): Penurunan kekuatan otot, kelemahan, dan malaise.

### **2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (Astriani & Putra, 2020). Diagnosa yang mungkin muncul menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) :

1. Pre Operasi
  - a. Nyeri Akut (D.0077) b/d agen pencedera fisiologis (neoplasma)
  - b. Pola nafas tidak efektif (D.0005) b/d hambatan upaya bernafas
  - c. Retensio Urin (D.0050) b/d Peningkatan tekanan uretra
  - d. Gangguan Citra Tubuh (D.0083) b/d perubahan fungsi tubuh
  - e. Intoleransi Aktivitas (D.0056) b/d Kelemahan

- f. Defisit Nutrisi (D.0019) b/d ketidakmampuan mencerna makanan/ ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- g. Ansietas (D.0080) b/d krisis situasional

2. Post Operasi

- a. Nyeri akut (D.0077) b/d Agen pencedera fisik
- b. Gangguan Integritas Kulit (D.0129) b/d berhubungan dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
- c. Resiko Infeksi (D.0142) b/d kerusakan integritas kulit
- d. Resiko Perdarahan (D.0012) b/d tindakan pembedahan

### 2.2.3. Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP, 2017; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

#### 1. Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pre Operasi

No	Diagnosa SDKI	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	<p><b>SDKI D.0077. Nyeri Akut</b>  <i>Gejala dan tanda mayor :</i></p> <p><b>Subyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh nyeri</li> </ul> <p><b>Obyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Frekuensi nadi meningkat</li> <li>- Sulit tidur</li> </ul>	<p><b>SLKI L.08066. Tingkat Nyeri</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan .. x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Kesulitan tidur menurun</li> <li>- Frekuensi nadi membaik</li> </ul>	<p><b>SLKI I.08238. Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri nonverbal.</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri.</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi istirahat tidur.</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).</li> <li>7. Beri teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (aromaterapi, terapi pijat,</li> </ol>



			<p>hypnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, teknik Tarik napas dalam dan kompres hangat/ dingin).</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>8. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>9. Jelaskan strategi meredakan Nyeri</p> <p>10. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>11. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>12. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	<p><b>SDKI D.0005 Pola Nafas Tidak Efektif</b></p> <p><i>Gejala dan tanda mayor :</i></p> <p><b>Subyektif</b></p> <p>- Dispnea</p> <p><b>Obyektif</b></p> <p>- Penggunaan otot bantu pernafasan</p>	<p><b>SLKI L. 01004 Pola Nafas</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan .. x 24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>- Dispnea menurun</p> <p>- Penggunaan otot bantu pernafasan menurun</p>	<p><b>SIKI I. 01011 Manajemen Jalan Nafas</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</p> <p>2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi)</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3. Posisikan semi fowler</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola nafas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kusssmaul, cheyne-stokes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nafas membaik</li> <li>- Kedalaman nafas membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan minuman hangat</li> <li>5. Berikan oksigen</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan asupan cairan 200 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</li> <li>7. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ul>
3	<p><b>SDKI D. 0050 Retensi Urine</b></p> <p><i>Gejala dan tanda mayor :</i></p> <p><b>Subyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensasi penuh pada kandung kemih</li> </ul> <p><b>Obyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disuria / Anuria</li> <li>- Distensi Kandung Kemih</li> </ul>	<p><b>SLKI L. 04034 Eliminasi Urine</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan .. x 24 jam diharapkan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Karakteristik urin membaik (warna kuning jernih, bau tidak menyengat, jumlah urin output 400-800cc/hari)</li> <li>- Frekuensi buang air kecil membaik</li> </ul>	<p><b>SIKI I.04152 Manajemen Eliminasi Urine</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine</li> <li>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensa Urin</li> <li>3. Monitor eliminasi urine (frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau</li> </ul>

		<p>(5-7x/24 jam)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desakan berkemih (urgensi) menurun</li> <li>- Disuria menurun</li> </ul>	<p>kultur</p> <p>5. Catat waktu-waktu dan haluran berkemih</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>6. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</p> <p>7. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</p> <p>8. Anjurkan minum yang cukup (1,5-2 liter), jika tidak ada kontraindikasi</p>
4	<p><b>SDKI D.0083 Gangguan Citra Tubuh</b></p> <p><i>Gejala dan tanda mayor :</i></p> <p><b>Subyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh</li> </ul> <p><b>Obyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehilangan bagian tubuh</li> <li>- Fungsi/struktur tubuh</li> </ul>	<p><b>SLKI L.09067 Citra Tubuh</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan ... x 24 jam diharapkan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melihat bagian tubuh meningkat.</li> <li>- Menyentuh bagian tubuh meningkat.</li> <li>- Verbalisasi kecacatan bagian tubuh</li> </ul>	<p><b>SIKI I.09305 Promosi Citra Tubuh</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social</li> <li>2. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>3. Monitor apakah pasien bias melihat bagian tubuh yang berubah</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Diskusikan kondisi stress yang</li> </ol>

	berubah/hilang	menurun. - Respon nonverbal pada perubahan tubuh meningkat. - Hubungan sosial meningkat.	mempengaruhi citra tubuh (mis. luka, penyakit, pembedahan 5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <b>Edukasi :</b> 7. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 8. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh
5	<b>SDKI D.0056 Intoleransi Aktivitas</b> <i>Gejala dan tanda mayor :</i> <b>Subyektif</b> - Mengeluh lelah <b>Obyektif</b> - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat	<b>SLKI L.05047 Toleransi Aktifitas</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan ... x 24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat, dengan kriteria hasil : - Frekuensi nadi menurun - Keluhan lelah menurun - Dispnea saat aktivitas menurun	<b>SIKI I.05178 Manajemen Energi</b> <b>Observasi :</b> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional <b>Terapeutik :</b> 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>- Perasaan lemah menurun</li> </ul>	<b>Edukasi :</b> 4. Anjurkan tirah barin
6	<b>SDKI D.0019 Defisit Nutrisi</b> <i>Gejala dan tanda mayor :</i> <b>Subyektif</b> - <b>Obyektif</b> Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal	<b>SLKI L.03030. Status Nutrisi</b> Setelah dilakukan inervensi keperawatan ... x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>- Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>- Nyeri abdomen menurun</li> <li>- Berat badan membaik</li> <li>- Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik</li> <li>- Frekuensi makan membaik</li> <li>- Nafsu makan membaik</li> </ul>	<b>SIKI I.03119. Manajemen Nutrisi</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>5. Monitor berat badan</li> <li>6. Monitor Asupan Makanan</li> <li>7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>9. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori</li> </ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol>

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <p>11. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Antiemetik)</p> <p>12. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrient yang dibutuhkan</p>
7	<p><b>SDKI D.0080 Ansietas</b></p> <p><i>Gejala dan tanda mayor :</i></p> <p><b>Subyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa khawatir dengan akibat</li> </ul> <p><b>Obyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak gelisah</li> <li>- Tampak tegang</li> <li>- Sulit tidur</li> </ul>	<p><b>SLKI L.09093 Tingkat Ansietas</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan ... x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>- Perilaku gelisah menurun</li> <li>- Perilaku tegang menurun</li> </ul>	<p><b>SIKI I.09314 Reduksi Ansietas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>5. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> </ol>

2. Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Post Operasi

No	Diagnosa SDKI	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	<p><b>SDKI D.0077 Nyeri akut</b>  <i>Gejala dan tanda mayor :</i></p> <p><b>Subyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh nyeri</li> </ul> <p><b>Obyektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Frekuensi nadi meningkat</li> <li>- Sulit tidur</li> </ul>	<p><b>SLKI L.08066. Tingkat Nyeri</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan ... x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Meringis menurun</li> </ul>	<p><b>SIKI I.08238. Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri nonverbal.</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi istirahat tidur.</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( mis: suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).</li> <li>7. Beri teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (aromaterapi, terapi pijat, hypnosis, biofeedback, teknik imajinasi</li> </ol>

			<p>terbimbing, teknik Tarik napas dalam dan kompres hangat/ dingin).</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>8. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>9. Jelaskan strategi meredakan Nyeri</p> <p>10. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>11. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>12. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	<p><b>SDKI D.0129 Gangguan Integritas Kulit</b></p> <p><b>Subyektif</b></p> <p>-</p> <p><b>Obyektif</b></p> <p>- Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p>	<p><b>SLKI L.14125 Integritas Kulit Dan Jaringan</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan ... x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>- Kerusakan integritas jaringan menurun</p>	<p><b>SIKI I.14564 Perawatan Luka</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Monitor karakteristik luka</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan cairan Nacl</p>





		- Kadar sel darah putih membaik	berisiko tinggi <b>Edukasi</b> 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 9. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
4	<b>SDKI. D.0012 Resiko Perdarahan</b>	<b>SLKI. L.0201 Tingkat Perdarahan</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan ... x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil : - Kelembapan membrane mukosa meningkat - Hematemesis dan hematuria menurun - Hemoglobin membaik - Hematokrit membaik	<b>SIKI. I.02067 Pencegahan Perdarahan</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hamatokrit atau hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital <b>Terapeutik</b> 4. Pertahankan bed rest selama perdarahan <b>Edukasi</b> 5. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

			<p>untuk menghindari konstipasi</p> <p>7. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</p> <p>8. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>9. Kolaborasi pemberian obat</p> <p>10.pengontrol perdarahan, jika perlu</p> <p>11.Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</p>
--	--	--	---

#### **2.2.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Pada tahap ini perawat akan mengimplementasikan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan hasil pengkajian dan penegakkan diagnosis yang diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil sesuai yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan klien (Black & Hawks., 2014).

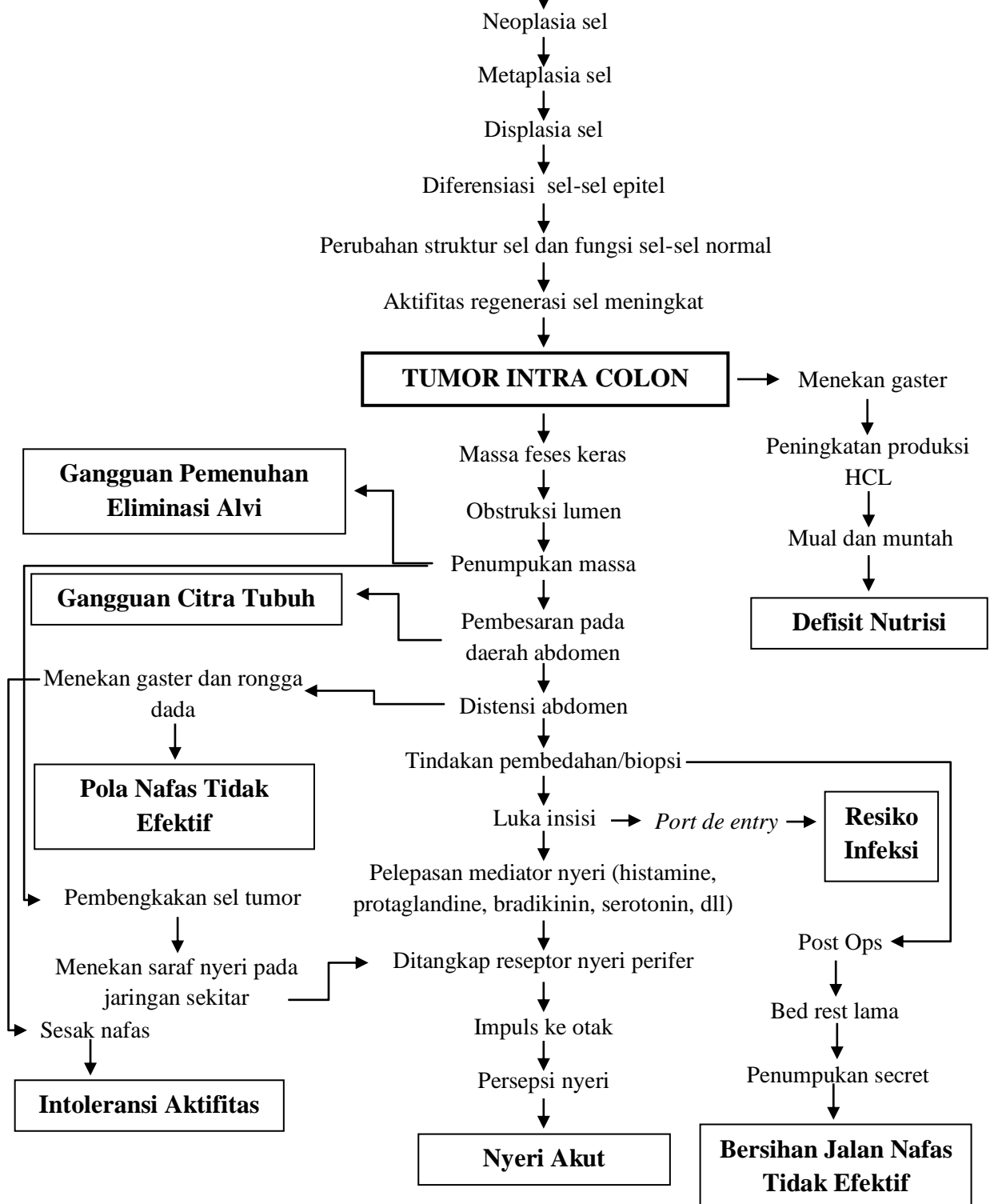
Penerapan implementasi keperawatan yang dilakukan perawat harus berdasarkan intervensi berbasis bukti atau telah ada penelitian yang dilakukan terkait intervensi tersebut. Hal ini dilakukan agar menjamin bahwa intervensi yang diberikan aman dan efektif. Dalam tahap implementasi perawat juga harus kritis dalam menilai dan mengevaluasi respon pasien terhadap pengimplementasian intervensi yang diberikan (Smeltzer & Bare, 2013).

#### **2.2.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap kelima dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien (Padila, 2013). Hal yang perlu diingat bahwa evaluasi merupakan proses kontinu yang terjadi saat perawat melakukan kontak dengan klien. Selama proses evaluasi perawat membuat keputusan-keputusan klinis dan secara terus-menerus mengarah kembali ke asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan adalah membantu klien menyelesaikan masalah kesehatan actual, mencegah terjadinya masalah risiko, dan mempertahankan status kesehatan sejahtera. Proses evaluasi menentukan keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan.

**2.3. Kerangka Masalah Keperawatan**

Karsinogen, Hormon, Gaya Hidup, Kelebihan nutrisi khususnya lemak, kebiasaan makan makanan kurang berserat, Parasite, Genetic, Trauma



2.3 Gambar kerangka konsep Carcinoma Colon

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1. Pengkajian Umum**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 6 Desember 2022 atau 1 hari setelah pasien menjalani operasi.

##### **3.1.1. Identitas Pasien**

Tn. C seorang laki-laki dengan usia 64 tahun, suku Jawa, alamat Wedoho Belahan, Waru Sidoarjo, pekerjaan wiraswasta, agama Islam, nomor register 7X-XX-XX.

##### **3.1.2. Keluhan Utama**

Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluhkan nyeri pada area operasi (abdominal).

##### **3.1.3. Riwayat Penyakit Sekarang**

Tiga hari sebelum berobat ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, pasien menjalani rawat inap di Rumah Sakit Sheila Medika di daerah Sedati Kab Sidoarjo dengan keluhan tidak bisa BAB, dalam tiga hari perawatan pasien belum mendapatkan pengobatan yang optimal, dikarenakan keterbatasan peralatan yang dimiliki rumah sakit. Oleh pihak rumah sakit, pasien dijanjikan untuk dirujuk ke rumah sakit lain yang memiliki peralatan yang lebih lengkap, karena dirasa tidak ada kejelasan pasien memutuskan untuk pulang paksa dari Rumah Sakit Sheila Medika pada hari Kamis 1 Desember 2022. Setelah sampai di rumah anak pertama pasien mencari informasi terkait tempat perawatan melalui internet. Kemudian keluarga membawa pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, di IGD pasien mendapat tindakan awal (foto thorax, pemeriksaan laboratorium, foto

BOF LLD) kemudian pasien dipindahkan ke ruang B1 kamar 2.D RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Tanggal 2 Desember 2022 pasien menjalani pemeriksaan Foto Colon In Loop, dengan hasil yang didapatkan kontras berhenti di colon ascendens proximal suspect massa intra lumen. Dari hasil tersebut pasien direncanakan dilakukan tindakan pembedahan di Ruang Bedah Sentral RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada hari senin tanggal 5 Desember 2022 dengan rencana tindakan Hemicolectomy colon ascendens.

#### **3.1.4. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien sering memeriksakan keluhan yang dialaminya (perut terasa penuh dan mual) ke klinik dekat rumah pasien. Oleh dokter klinik, pasien di diagnosa menderita maag dan mendapatkan therapy. Dan hal tersebut dilakukan tidak hanya satu klinik, tapi beberapa klinik tetapi hasilnya juga sama pasien di diagnosa menderita sakit maag.

#### **3.1.5. Riwayat Alergi**

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak mempunyai alergi baik alergi obat dan alergi makanan. Pasien memiliki kebiasaan diit rendah serat dan juga menurut informasi dari keluarga, pasien suka mengkonsumsi sate.

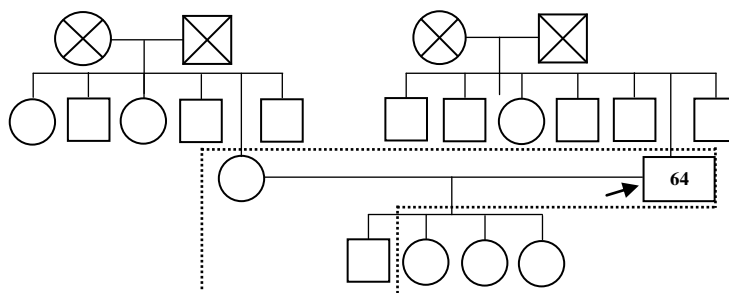
#### **3.1.6. Keadaan Umum Dan Kesadaran**

Saat dilakukan pengkajian, pasien masih tampak lemah dan sesekali memegangi bagian perut pada area operasi dengan ekspresi meringis menahan sakit, pasien juga tampak mual disertai muntah. pasien dapat berkomunikasi saat dilakukan pengkajian dengan sesekali dibantu oleh keluarga yang menunggui.

Kesadaran pasien Composmetis, dengan GCS 15 (456). Dari pemeriksaan vital sign didapat hasil TD:147/82mmHg; Nadi:80x/menit; Suhu:36,2<sup>0</sup>C;

RR:20x/menit. Hasil dari pengkajian nyeri meliputi *Provoking* (nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi laparatomy dan ileostomy), *Quality* (nyeri dirasakan pasien seperti diris-iris dan cekot-cekot) *Regio* (nyeri dirasakan di terlokalisir di area abdomen), *Severity* (skala nyeri 7) *Time* (nyeri dirasakan terus menerus).

### 3.1.7. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

⊗ : Perempuan meninggal

⊠ : Laki-laki meninggal

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

→ : Pasien

..... : Tinggal serumah

## 3.2. Pemeriksaan Fisik

### 3.2.1. B1 (*Breath/Pernapasan*)

Bentuk dada simetris, pola nafas 20x/menit, tidak terlihat penggunaan otot bantu nafas (otot *sternokleidomastoideus*), tidak menggunakan alat bantu nafas (nasal kanul), tidak terdapat nyeri tekan, ekspansi simetris, taktil vrenikus teraba jelas pada kedua lapang paru, bunyi sonor, bunyi nafas vasikuler dan tidak terdapat suara nafas tambahan.



**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem pernapasan)**

### **3.2.2.B2 (Blood / Sirkulasi )**

*Capillary refill time* < 2detik, tidak terdapat sianosis disekitar bibir pasien, konjungtiva berwarna merah muda. akral pasien teraba hangat, frekuensi nadi 80x/menit, tekanan darah 147/82mmHg, terdengar bunyi jantung S1 (lub) dan bunyi jantung S2 (dub), tidak terdapat bunyi jantung bawaan

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem sirkulasi)**

### **3.2.3.B3 (Brain / Persyarafan)**

Kesadaran Composmentis, GCS pasien 15 (E:4, M:6, V:5), orientasi lingkungan baik, Refleks cahaya (+), pupil isokor , status memori panjang, kemampuan berbahasa baik, orientasi tepat, klien dapat membaca dan melihat dengan baik memakai kaca mata jarak jauh, gerakan bola mata normal, klien dapat merasakan halus dan kasar, klien mampu tersenyum menutup kelopak mata, klien mampu menelan, menggerakkan lidah, Nyeri tekan (-), refleks fisiologisc: bisep, trisep, patella, tendon achiles baik nilai +2 +2 refleks patologis: babinski - /- rangsang meningeal kaku kuduk (-) +2 +2 keluhan pusing nyeri kepala tidak ada, pemeriksaan Nervus 1 Olfaktorius (pasien mampu mencium bebauan di kedua lubang hidung), Nervus 2 Optikus (pasien mampu membaca dengan jarak 20cm), Nervus 3 Okulomotoris, Nervus 4 Trokhlearis, Nervus 6 Abdusen (pasien mampu melihat ke segala arah, Nervus 5 Trigemini (pasien mampu merasakan rangsangan didahi, pipi dan dagu, pasien mampu menggerakkan gigi), Nervus 7 Facialis (pasien mampu tersenyum simetris dan mengerutkan dahi), Nervus 8 Akustikus (pasien tidak mengalami fungsi pendegaran), Nervus 9 Glososfaringeus (pasien mampu menelan makanan), Nervus 11 Aksesorius (pasien mampu

mengangkat bahu sebelah kanan dan kiri), Nervus 12 Hipoglossus (pasien mampu menggerakkan lidah ke segala arah).

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem persarafan)**

#### **3.2.4.B4 (*Bladder / Perkemihan*)**

Sebelum MRS frekuensi berkemih 4-6 kali per hari, minum air mineral 1500cc/hari, tidak ada keluhan berkemih, warna urin putih kekuningan jernih, bau khas urin, saat di ruang perawatan pasien terpasang catheter, saat pengkajian kantong urine terisi 400cc, warna kuning jernih, tidak terdapat distensi vesika urinaria. Intake cairan (Infus Futrolit : 1.000cc, air minum : 600cc, Total 1.600cc), Output cairan (diuresis: 500cc, IWL : 500cc, total 1.000cc)

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem perkemihan)**

#### **3.2.5.B5 (*Bowel / Pencernaan*)**

Sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan BAB 1 kali sehari konsistensi lembek warna normal, dan berbau khas, klien mengatakan tidak ada masalah saat BAB, saat menjalani perawatan pasien mendapat diit lunak TKTP, pasien dapat menghabiskan diit makanan, pasien mual kadang-kadang disertai muntah.

Bentuk abdomen simetris, terdapat distensi abdomen, tidak ada acites, terdapat luka operasi dengan insisi midline pada area abdomen, terdapat stoma (illeostomy) pada area kwadran kanan bawah, pasien terpasang drain pada kwadran kiri bawah, tidak terpasang NGT, Peristaltik usus 10x/menit. BB sebelum sakit : 55kg, BB setelah sakit : 50kg, Tinggi Badan : 160cm, IMT : 19,5 (Normal)

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem pencernaan)**

### **3.2.6.B6 (*Bone* / Muskuloskeletal)**

Warna kulit kuning kecoklatan, pergerakan sendi bebas, kekuatan otot (5 pada ekstremitas bawah dan ekstremitas atas) terpasang infus futrolit 20TPM, turgor kulit normal (kembali kurang 1detik)

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem muskuloskeletal)**

### **3.2.7.Sistem Integumen**

Warna kulit kecoklatan, tidak terdapat lesi, terdapat luka operasi pada area abdomen yang tertutup *verband/hypafix* dan juga terdapat stoma pada area kwadran perut kanan bawah. Pasien terpasang drain pada kwadran kiri bawah, tidak terdapat edema, kulit lembab, turgor kulit normal (kembali kurang 1detik)

**(MK : Gangguan integritas kulit dan jaringan)**

### **3.2.8.Pola Istirahat Tidur**

Sebelum operasi pasien dapat tidur mulai pukul 21.00WIB dan bangun pada pukul 04.00 WIB, setelah operasi pasien mengalami gangguan tidur karena rasa nyeri yang di timbulkan dari luka operasi, 1 hari post operasi pasien tidak dapat tidur karena nyeri yang dirasakan.

**(MK : Gangguan Pola Tidur)**

### **3.2.9.Sistem Penginderaan**

Sistem penglihatan : pasien mengatakan penglihatannya normal, sistem pendengaran : normal, serumen (+) kering sistem penciuman : normal, polip (-), mukosa hidung lembab, klien mengatakan tidak masalah pada sistem penciuman. sistem perabaan : klien dapat membedakan rasa haus dan kasar panas dan dingin, sistem pengecapian klien dapat merasakan rasa makanan asin dan manis.

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem penginderaan)**

### 3.2.10. Sistem Endokrin

Keadaan tiroid normal, pembesaran kelenjar tiroid (-), nyeri tekan kelenjar tiroid (-), hipoglikemi hiperglikemi (-), kadar gula darah 115mg/dL, luka gangren(-), neuropati (-), nafas bau aseton (-), tidak terdapat tanda-tanda *moon face*, *bufallo hump*.

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem endokrin)**

### 3.2.11. Sistem Reproduksi

Pasien selalu menjaga kebersihan area genetalia, dengan membasuh setelah BAB maupun BAK. Pasien terpasang catheter.

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem reproduksi)**

### 3.2.12. Sitem Personal Hygiene

Pasien belum mampu memenuhi kebutuhan mandi secara mandiri, untuk mandi pasien diwaslap oleh keluarga, pasien belum keramas selama sakit dan tercium bau khas dari rambut pasien, pemenuhan ganti pakaian seluruhnya di bantu oleh keluarga, tiap hari pasien ganti baju, pasien belum dapat terpenuhi kebutuhan oral hygiene.

**(MK : Defisit perawatan diri)**

### 3.2.13. Sistem Psikososiocultural

**Ideal diri** : Dengan kondisi yang sekarang terdapat stoma dan luka operasi, saat keluar rumah sakit nanti pasien khawatir tidak optimal dalam beraktifitas sehari-hari.

**Gambaran diri** : Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuh.

**Peran diri** : Dalam keluarga pasien berperan sebagai suami, kepala rumah tangga, bapak dari empat orang anak dan tinggal bertiga dengan istri dan anak pertama.

**Harga diri** : Pasien mengatakan senang dan bersyukur dengan pencapaian dalam hidupnya, pasien masih memiliki istri, 1 anak laki-laki dan 3 orang anak perempuan.

**Identitas diri** : Pasien seorang laki-laki mempunyai 4 orang anak (1 laki-laki dan 3 perempuan) dan memiliki 4 orang cucu

**Citra tubuh** : Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya, namun dengan adanya stoma pada bagian perut membuat pasien sedikit menjadi beban pikiran.

**Orang paling dekat** : Orang yang paling dekat pasien adalah istri.

**Hubungan dengan lingkungan sekitar** : Pasien tinggal bertiga dengan istri dan anak pertama, hubungan dengan lingkungan sekitar baik.

**Keyakinan dan nilai** : Pasien beragama islam

**Koping dan toleransi stress** : Selain penyakit yang diderita sekarang pasien juga memikirkan anak pertama pasien yang sampai umur 36 tahun belum keluarga, dengan keadaan ini pasien pasrah dan menyerahkan semuanya kepada yang Kuasa.

**(MK : tidak terdapat masalah keperawatan pada psikokultural)**

### **3.3. Pemeriksaan Penunjang**

1. Foto thorax AP tanggal 1 Desember 2022
  - Cor : Ukuran dan bentuk normal, tak tampak kalsifikasi aortic knob
  - Mediastinum tak tampak melebar, trakea baik
  - Hilus baik
  - Corakan bronchovaskuler kedua paru baik

- Tak tampak infiltrate di kedua lapang paru
- Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam, kedua hemidiafragma baik
- Tulang intak
- Kesan :
  - Jantung dan paru tak tampak kelainan

2. Foto BOF LLD tanggal 1 Desember 2022

- Bayangan gas usus normal bercampur fecal material yang banyak
- Pada posisi LLD : tak tampak gambaran herring bone dan double wall sign, tak tampak gambaran step ladder patologis, tak tampak gambaran udara bebas diluar contour usus
- Bayangan hepar dan lien tak tampak membesar
- Countur ginjal kanan kiri tertutup gas usus
- Tak tampak bayangan radioopaque di sepanjang traktus urinarus
- Tampak lipping VL, 2,3,4,5, pedicle dan discus intervertebralis tampak baik
- Psoas shadow kanan kiri simetris
- Tak tampak paravertebral soft tissue mass / swelling
- Kesan :
  - Tak tampak gambaran illeus maupun pneumoperitoneum
  - Hyperfecal material disertai skibala
  - Spondylosis lumbalis

## 3. Foto Colon In Loop tanggal 1 Desember 2022

- Kontras barium dimasukkan ke anus melalui kateter, tampak kontras masuk mengisi rektum, colon sigmoid, colon descendens, f. Lienalis, colon transversum, fl. Hepatica, colon ascendens dan berhenti di colon ascendens proximal
- Sebagian kontras dievakuasi dan dipompakan udara
- Haustra dan mukosa colon normal, penyempitan /pelebaran/pendesakan abnormal (-), filling/additional defect (-)
- Kesimpulan :
  - Kontras berhenti di colon ascendens proximal suspect ok massa intra lumen

## 4. Pemeriksaan laboratorium

## a. Tanggal 1 Desember 2022

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Leukosit	16.02	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
Hemoglobin	11.80	g/dL	13 - 17
Hematokrit	35.50	%	40.0 - 54.0
Trombosit	312.000	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
<b>KIMIA KLINIK</b>			
GDS	115	mg/dl	< 200
Kreatinin	1.15	mg/dl	0.6 - 1.5
BUN	15	mg/dl	10 - 24
SGOT	35	U/l	0 - 50
SGPT	113	U/l	0 - 50
Albumin	3.60	mg/dL	3.50 - 5.20
Natrium (Na)	138.2	mEq/L	135 - 147
Kalium (K)	3.87	mmol/L	3.0 - 5.0
<b>IMUNOLOGI</b>			
Anti HIV	Non Reaktif		Non Reaktif
Hbs Ag	Negatif		Negatif

b. Tanggal 5 Desember 2022

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Leukosit	10.01	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
Hemoglobin	11.30	g/dL	13 - 17
Hematokrit	32.90	%	40.0 - 54.0
Eritrosit	3,76	$10^6/\mu\text{L}$	4,0 - 5,50
Trombosit	153.000	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
<b>KIMIA KLINIK</b>			
GDS	110	mg/dl	< 200
Albumin	3.73	mg/dL	3.50 - 5.20
Natrium (Na)	142.1	mEq/L	135 - 147
Kalium (K)	3.17	mmol/L	3.0 - 5.0

### 3.4. Terapi Medis

Tabel 3.2 Terapi medis

Tanggal	Terapi Obat	Dosis	Rute	Indikasi
6 Des 2022	- Infus Futrolit	1500cc/24jam	IV	- Sediaan infus untuk membantu mengatasi kebutuhan karbohidrat, cairan dan elektrolit post operasi.
	- Inj. Cefobactam	3 x 1gr	IV	- Pencegahan infeksi post ops
	- Metronidazole	3 x 500mg	IV	- Pencegahan infeksi post ops
	- Ondancetron	2 x 8mgr	IV	- Pencegahan terhadap mual dan muntah
	- Lanzoprazole	3 x 30mg	IV	- Pencegahan terhadap peningkatan asam lambung
	- Peinloss - Kalnex	3 x 800mg 3 x 500mg	IV IV	- Meredakan nyeri - Pencegahan perdarahan post



				operasi
7 Des 2022	- Infus Futrolit	1500cc/24jam	IV	- Sediaan infus untuk membantu mengatasi kebutuhan karbohidrat, cairan dan elektrolit post operasi.
	- Inj. Cefobactam	3 x 1gr	IV	- Pencegahan infeksi post ops
	- Metronidazole	3 x 500mg	IV	- Pencegahan infeksi post ops
	- Lanzoprazole	3 x 30mg	IV	- Pencegahan terhadap peningkatan asam lambung
	- Antrain	3 x 1gr	IV	- Meredakan nyeri
8 Des 2022	- Infus Futrolit	1500cc/24jam	IV	- Sediaan infus untuk membantu mengatasi kebutuhan karbohidrat, cairan dan elektrolit post operasi.
	- Inj. Cefobactam	3 x 1gr	IV	- Pencegahan infeksi post ops
	- Metronidazole	3 x 500mg	IV	- Pencegahan infeksi post ops
	- Lanzoprazole	3 x 30mg	IV	- Pencegahan terhadap peningkatan asam lambung
	- Antrain	3 x 1gr	IV	- Meredakan nyeri
9 Des 2022	- Infus Futrolit	1500cc/24jam	IV	- Sediaan infus untuk membantu mengatasi kebutuhan karbohidrat, cairan dan elektrolit post

	- Inj. Cefobactam	3 x 1gr	IV	operasi.
	- Metronidazole	3 x 500mg	IV	- Pencegahan infeksi post ops
	- Lanzoprazole	3 x 30mg	IV	- Pencegahan infeksi post ops
				- Pencegahan terhadap peningkatan asam lambung
	- Antrain	3 x 1gr	IV	- Meredakan nyeri

### 3.5. Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa data

No	Data / Faktor Risiko	Etiologi / Faktor Risiko	Masalah / Problem
1	<p>Data Subyektif :</p> <p>Saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada area operasi (<i>abdomen/post ileostomy</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : <i>Provoking</i> Nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi <i>laparatomy</i> dan <i>illeostomy</i></li> <li>- Q : <i>Quality</i> Nyeri dirasakan pasien seperti diris-iris dan cekot-cekot.</li> <li>- R : <i>Regio</i> Nyeri dirasakan di terlokalisir di area abdomen</li> <li>- S : <i>Severity</i> Skala nyeri 7</li> <li>- T : <i>Time</i> Nyeri dirasakan terus menerus</li> </ul> <p><u>Data Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Telah selesai dilaksanakan prosedur operasi <i>Laparatomy</i> dan <i>Ileustomy</i>.</li> <li>- Terdapat luka operasi yang</li> </ul>	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI. D.0077 hal. 172)</p>

	<p>tertutup verban pada area abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat stoma pada kwadran kanan bawah</li> <li>- Pasien tampak meringis sambil memegang luka operasi</li> <li>- TD : 147/82 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> </ul>		
2	<p><u>Data subyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluhkan tidak nyaman pada area abdomen (kembung)</li> <li>- Pasien mual dan muntah</li> </ul> <p><u>Data obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami mual dan muntah</li> <li>- Pasien mendapat diit lunak TKTP</li> </ul>	Ketidakmampuan mencerna makanan	Risiko Defisit Nutrisi (SDKI D.0032 hal.81)
3	<p><u>Data subyektif :</u></p> <p>Pasien mengeluhkan setelah operasi pasien tidak bisa tidur karena rasa sakit pada area operasi</p> <p><u>Data obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kantong mata tampak menghitam</li> <li>- Pasien sering menguap</li> <li>- Pasien tampak lesu</li> </ul>	Nyeri pasca operasi	Gangguan Pola Tidur (SDKI D.0055 hal.126)
4	<p><u>Data subyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><u>Data Obyektif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat jahitan luka operasi sepanjang <math>\pm</math> 15cm pada area perut (midline), tertutup kasa dan verband area abdomen.</li> <li>- Terdapat drain pada kwadran kiri bawah</li> <li>- Terdapat stoma pada area kwadran perut kanan bawah yang tertutup</li> </ul>	Prosedur invasif (pembedahan)	Gangguan integritas kulit dan jaringan (SDKI D.0129 hal.282)

	dengan kantong stoma		
5	<u>Data subyektif :</u> - <u>Data Obyektif</u> - Terdapat jahitan luka operasi sepanjang $\pm$ 15cm pada area perut (midline), tertutup kasa dan verband area abdomen. - Terdapat stoma pada area kwadran perut kanan bawah yang tertutup dengan kantong stoma - Pasien terpasang catheter - Terdapat drain pada kwadran kiri bawah - Leukosit $16.02 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 - 10.00)	Efek prosedur invasif ( <i>Laparatomy dan Ileostomy</i> )	Risiko Infeksi (SDKI D.0142 hal.304)

### 3.6. Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 3.4 Prioritas masalah keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf (Nama)
		Ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI D.0077 hal. 172)	6 Des 2022	9 Des 2022	Dwi
2	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah (SDKI D.0032 hal.81)	6 Des 2022	9 Des 2022	Dwi
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pasca operasi (SDKI D.0055 hal.126)	6 Des 2022	9 Des 2022	Dwi
4	Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan) (SDKI D.0129 hal. 282)	6 Des 2022	9 Des 2022	Dwi
5	Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops laparatomy	6 Des 2022	9 Des 2022	Dwi

	dan ileostomy (prosedur invasif) (SDKI D.0142 hal.304)			
--	---	--	--	--

### 3.7. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

**Rasional** : dari hasil pengkajian pasien mengatakan nyeri pada area operasi (*abdomen/post ileostomy*), nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi laparotomy dan ileostomy (*Provoking/P*), nyeri dirasakan seperti diiris-iris dan cekot-cekot (*Quality/Q*), nyeri dirasakan dilokalisir di area abdomen (*Regio/R*), pasien mengatakan skala nyeri 7 (*Severity/S*) dan nyeri dirasakan terus menerus (*Time/T*). Sedangkan dari hasil pengamatan terhadap pasien, didapatkan luka operasi laparotomy dan ileostomy yang yang tertutup verban pada area abdomen dan juga terdapat stoma pada kwadran kanan bawah yang tertutup kantong stoma yang menyebabkan nyeri, kondisi ini adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi)

2. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah

**Rasional** : dari hasil pengkajian pasien mengeluhkan rasa tidak nyaman pada area abdomen, pasien mengalami mual dan muntah dan perut terasa kembung, selain hal tersebut pasien juga tampak meringis sambil memegang perut.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pasca operasi

**Rasional** : sehari setelah operasi (H+1) pasien mengatakan tidak bisa tidur, pasien merasakan nyeri pada area operasi. Masalah gangguan tidur perlu di

masuk dalam daftar masalah keperawatan dikarenakan saat tubuh istirahat/pasien bisa memenuhi kebutuhan istirahat disaat itulah terjadi proses regenerasi sel.

4. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)

**Rasional** : saat dilakukan pengkajian, didapatkan fakta terdapat luka operasi di area abdomen dengan panjang insisi  $\pm 15$ cm (*mideline*) tertutup kasa steril dan hypafix. Selain itu terdapat stoma pada area kwadaran kanan bawah yang tertutup kantong stoma. Kerusakan kulit dan jaringan pada area abdomen karena prosedur operasi *laparatomy* dan *ileostomy* inilah yang menyebabkan gangguan integritas kulit.

5. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (*laparatomy dan ileostomy*)

**Rasional** : masalah ini diangkat karena terdapat insisi pada area abdomen dengan panjang  $\pm 15$ cm (*mideline*) tertutup kasa steril dan hypafix dan terdapat stoma pada area kwadran kanan bawah yang tertutup dengan kantong stoma. Data hasil pemeriksaan hemetologi menunjukkan hasil Leukosit  $16.02 \times 10^3/\mu\text{L}$  dengan nilai rujukan normal (4.00-10.00), kondisi tersebut kalau tidak mendapat perawatan yang maksimal akan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik yang akan menimbulkan pada area luka operasi.

### 3.8. Rencana Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Daftar Intervensi Keperawatan Post Operasi *Ileostomy*

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI. D.0077 hal. 172)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang)</li> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Sikap protektif menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Kesulitan tidur menurun</li> <li>- Pola tidur membaik</li> </ul> <b>SLKI L.08066. Tingkat Nyeri Hal. 145</b>	<b>SIKI I.08238. Manajemen Nyeri. Hal. 201</b> <u>Observasi :</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgesik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui karakteristik nyeri</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>3. Untuk mengetahui perilaku yang dilakukan pasien saat nyeri muncul</li> <li>4. Untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan nyeri bertambah/berkurang</li> <li>5. Untuk mempersiapkan tindakan antisipatif</li> </ol>

			<p>apabila efek samping muncul</p> <p><u>Terapeutik :</u></p> <p>6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat/dingin, nafas dalam)</p> <p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><u>Kolaborasi :</u></p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>SIKI. I.12452. Edukasi Teknik Nafas. Hal. 111</b></p> <p><u>Observasi :</u></p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi</p> <p><u>Edukasi :</u></p>	<p>6. Untuk membantu mengurangi ketegangan akibat nyeri</p> <p>7. Suasana ruangan yang nyaman membuat kebutuhan istirahat dapat terpenuhi</p> <p>8. Untuk mengurangi nyeri yang diderita pasien</p> <p>1. Untuk mengetahui tingkat keminatan klie terhadap edukasi yang akan diberikan</p> <p>2. Untuk</p>
--	--	--	---	--



			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan tujuan dan manfaat teknis nafas dalam</li> <li>3. Jelaskan prosedur teknik nafas dalam</li> <li>4. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis. duduk/baring)</li> <li>5. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</li> <li>6. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara melalui mulut secara perlahan</li> <li>7. Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>menginformasikan manfaat dari teknik nafas dalam</li> <li>3. Untuk menjelaskan langkah-langkah dalam teknis nafas dalam</li> <li>4. Memberikan pilihan kepada klien terkait posisi yang diinginkan untuk melakukan latihan tindakan tersebut</li> <li>5. Meningkatkan kemampuan psikomotor klien</li> <li>6. Meningkatkan kemampuan psikomotor klien</li> <li>7. Memberikan contoh nyata tentang kegiatan yang diajarkan</li> </ol>
--	--	--	--	--

2	<p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah (<b>SDKI D.0032 hal.81</b>)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan fungsi gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mual menurun</li> <li>- Muntah menurun</li> <li>- Nyeri Abdomen menurun</li> <li>- Jumlah residu cairan lambung saat aspirasi menurun</li> </ul> <p><b>SLKI L.03019 Fungsi Gastrointestinal Hal. 25</b></p>	<p><b>SIKI I.03126 Pemberian Makanan Enteral. Hal.256</b></p> <p><u>Observasi :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa posisi <i>nasogastric tube</i> (NGT) dengan memeriksa residu lambung</li> <li>2. Monitor rasa penuh, mual dan muntah</li> <li>3. Monitor residu lambung tiap 4-6jam selama 24jam pertama, kemudian 8jam selama pemberian makan via enteral.</li> <li>4. Monitor pola buang air besar setiap 4-8jam</li> </ol> <p><u>Terapeutik :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Gunakan teknik bersih dalam pemberian makanan via selang</li> <li>6. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat selama</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui ketepatan posisi NGT pada organ pencernaan (lambung)</li> <li>2. Mual dan muntah dapat mempengaruhi besaran nutrisi yang dapat di cerna</li> <li>3. Untuk mengetahui nutrisi yang dapat diserap oleh organ pencernaan</li> <li>4. Untuk mengetahui produk sisa nutrisi yang diserap tubuh</li> <li>5. Untuk mencegah terjadinya infeksi silang terhadap pasien</li> <li>6. Mencegah terjadinya aspirasi</li> </ol>
---	--	---	---	---

			<p>pemberian makan</p> <p>7. Ukur residu sebelum pemberian makan</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>8. Kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral</p>	<p>7. Untuk mengetahui berapa jumlah nutrisi yang dapat diberikan</p> <p>8. Untuk menentukan nutrisi yang tepat sesuai dengan kondisi pasien</p>
3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi (SDKI D.0055 hal.126)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>- Keluhan sulit tidur menurun</p> <p><b>SLKI L.05045 Pola Tidur Membaik Hal.96</b></p>	<p><b>SIKI I.05174. Dukungan Tidur Hal. 48</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan pola tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>3. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, suhu)</p> <p><b>SIKI. I.08238. Manajemen Nyeri. Hal. 201</b></p> <p><i>Observasi :</i></p>	<p>1. Untuk mengetahui kebiasaan tidur pasien</p> <p>2. Untuk mengidentifikasi hal-hal yang mengganggu tidur pasien</p> <p>3. Lingkungan yang nyaman akan membuat kualitas tidur pasien membaik</p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgestik</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat/dingin, nafas dalam)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui karakteristik nyeri</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>3. Untuk mengetahui perilaku yang dilakukan pasien saat nyeri muncul</li> <li>4. Untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan nyeri bertambah/berkurang</li> <li>5. Untuk mempersiapkan tindakan antisipatif apabila efek samping muncul</li> <li>6. Untuk membantu mengurangi ketegangan akibat nyeri</li> </ol>
--	--	--	---	---

			<p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>7. Suasana ruangan yang nyaman membuat kebutuhan istirahat dapat terpenuhi</p> <p>8. Untuk mengurangi nyeri yang diderita pasien</p>
4	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan) (SDKI D.0129 hal. 282)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan penyembuhan kulit meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyatuan tepi luka meningkat</li> <li>- Jaringan granulasi meningkat</li> <li>- Edema pada sisi luka menurun</li> <li>- Peradangan luka menurun</li> <li>- Nyeri menurun</li> </ul> <p><b>SLKI L.14125 Penyembuhan Luka Hal. 78</b></p>	<p><b>SIKI I.14564 Perawatan integritas kulit. Hal. 328</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>4. Bersihkan dengan cairan Nacl</li> <li>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan tindakan yang bisa dilakukan</li> <li>2. Mencegah infeksi dan hematoma</li> <li>3. Memberikan rasa nyaman kepada pasien</li> <li>4. Cairan Nacl memiliki sifat mirip dengan air dan tidak menyebabkan alergi pada kulit</li> <li>5. Balutan yang tepat untuk melindungi luka dari infeksi dan membantu penyembuhan</li> </ol>

			<p>6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p><u>Edukasi :</u></p> <p>7. Jelaskan tanda-tanda gejala infeksi</p> <p>8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p><u>Kolaborasi :</u></p> <p>9. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>6. Mencegah terjadinya infeksi silang pada luka</p> <p>7. Informasi gejala infeksi dapat digunakan untuk memberikan intervensi yang tepat</p> <p>8. Makanan tinggi protein dan kalori dapat mempercepat penyembuhan luka</p> <p>9. Pemberian antibiotik yang tepat dapat mencegah terjadinya infeksi</p>
5	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>) (SDKI D.0142 hal.304)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri menurun</li> <li>- Bengkak menurun</li> <li>- Kadar sel darah putih membaik</li> </ul> <p><b>SLKI L.14137 Tingkat Infeksi</b></p>	<p><b>SIKI I.14539 Pencegahan Infeksi hal.278</b></p> <p><u>Observasi :</u></p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><u>Terapeutik :</u></p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</p>	<p>1. Identifikasi awal kejadian infeksi pada luka</p> <p>2. Pencegahan terjadi infeksi silang</p>

		<b>Hal.139</b>	3. Jelaskan dan tanda gejala infeksi  4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	3. Untuk peningkatan kemampuan kognitif klien  4. Nutrisi yang adekuat untuk meningkatkan imunitas tubuh
--	--	----------------	---	--

### 3.9. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Daftar Implementasi Keperawatan Post Operasi *Ileostomy*

No. Dx	Hari / Tgl /Jam	Implementasi	Paraf	Hari / Tgl /Jam	No. Dx	Evaluasi Formatif / Catatan Perkembangan	Paraf
1,2, 3,4, 5	Selasa 6 Des 2022 16.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien post operasi :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran : <i>Composmentis</i>, GCS 15 (4,5,6)</li> <li>- TD : 147/82 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.2°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post operasi H+1</li> </ul> </li> </ul>		Selasa 6 Des 2022 20.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif :</u> Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada area operasi</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Provoking</i> (Nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi laparatomy)</li> </ul>	

1	16.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keluhan pasien <i>post ops</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada area bekas operasi</li> <li>- <i>Provoking</i> (Nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi laparatomy dan ileostomy)</li> <li>- <i>Quality</i> (Nyeri dirasakan pasien seperti diris-iris dan cekot-cekot)</li> <li>- <i>Regio</i> (Nyeri dirasakan di terlokalisir di area abdomen)</li> <li>- <i>Severity</i> (Skala nyeri 7)</li> <li>- <i>Time</i> (Nyeri dirasakan terus menerus).</li> </ul> </li> </ul>				<p>dan ileostomy)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Quality</i> (Nyeri dirasakan pasien seperti diris-iris dan cekot-cekot)</li> <li>- <i>Regio</i> (Nyeri dirasakan di terlokalisir di area abdomen)</li> <li>- <i>Severity</i> (Skala nyeri 7)</li> <li>- <i>Time</i> (Nyeri dirasakan terus menerus)</li> <li>- TD : 147/82 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.2°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Terdapat luka operasi (Ileostomy dan Laparatomy) tertutup kasa steril dan hypafix</li> </ul>	
4,5	17.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi luka pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi Ileostomy (stoma) di kwadran kanan bawah</li> <li>- Terdapat luka incisi midline di area abdomen</li> <li>- Belum ditemukan tanda-tanda infeksi (rubor, colour, dolor, fungsiileisa)</li> </ul> </li> </ul>				<p><u>Analisa :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah keperawatan belum teratasi</li> <li>- Intervensi keperawatan manajemen nyeri dapat dilaksanakan</li> <li>- Intervensi edukasi nafas dalam belum dapat dilaksanakan</li> </ul> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis</li> </ul>	



5	17.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi <i>dower katheter</i> pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisi DK tergantung dibawah tempat tidur pasien (sebelah kiri)</li> <li>- Urine keluar sejumlah 200cc</li> </ul> </li> </ul>				mengatasi nyeri.	
1,2,3,4,5	17.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi pemenuhan nutrisi pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien belum dapat makan, masih merasakan mual.</li> <li>- Diit pasien bubur</li> <li>- Pasien hanya bisa makan roti dan buah (pisang)</li> </ul> </li> </ul>			2	<p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengeluhkan mual dan seringkali disertai muntah</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mual disertai muntah</li> <li>- Perut kembung</li> <li>- Muntah pasien berwarna kuning</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis mengatasi mual</li> <li>- Kolaborasi pemasangan NGT untuk dekompresi lambung dan pemberian nutrisi enteral</li> </ul>	
1,2,3,4,5	18.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi pemberian Antibiotik, Analgetik dan Antiemetik : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injeksi Cefobactam 1gr</li> <li>- Injeksi Metronidazole 500mg</li> <li>- Injeksi Lanzoprazole 30gr</li> <li>- Tidak ditemukan tanda-tanda alergi obat</li> </ul> </li> </ul>					
2	18.45WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membantu memposisikan pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisi pasien semi fowler</li> </ul> </li> </ul>			3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan tidak bisa tidur</p>	

2,3	19.00WIB	<p>untuk mengurangi rasa mual pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- AC ruangan terasa dingin</li> <li>- Selimut pasien dapat diganti (kotor terkena muntah pasien)</li> </ul> </li> </ul>			<p>setelah operasi karena merasakan nyeri</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondisi umum pasien lemah</li> <li>- Terdapat luka post operasi <i>Ileostomy (stoma)</i> di kwadran kanan bawah</li> <li>- Terdapat luka <i>incisi midline</i> di area abdomen</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (6,7 dan 8)</p>	
3	20.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi istirahat pasien <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien belum bisa istirahat, karena nyeri dari luka operasi</li> </ul> </li> </ul>			<p>4</p> <p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <p>-</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka operasi (<i>Ileostomy</i> dan <i>Laparatomy</i>) tertutup kasa steril dan hypafix</li> <li>- Terdapat luka <i>incisi midline</i></li> </ul>	

					<p>(±15cm) di area abdomen</p> <p><u>Analisa :</u> Intervensi keperawatan (Perawatan integritas kulit) belum dapat dilaksanakan</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (1,2,3,4,5,6,7 dan 8)</p>	
				5	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif :</u> -</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi <i>Ileostomy (stoma)</i> di kwadran kanan bawah</li> <li>- Terdapat luka insisi midline di area abdomen tertutup kasa steril dan hypafix</li> <li>- Belum ditemukan tanda-tanda infeksi (<i>rubor, colour, dolor, fungioleisa</i>)</li> <li>- Pasien terpasang dower katether</li> </ul>	

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang drain pada kwadran kiri bawah</li> <li>- Leukosit : <math>16.02 \times 10^3/\mu\text{L}</math></li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)</p>
1,2, 3,4, 5  1	Selasa 6 Des 2022 21.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien post operasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran : <i>Composmentis</i>, GCS 15 (4,5,6)</li> <li>- Pasien post operasi H+1</li> </ul> </li> <li>▪ Mengobservasi keluhan pasien <i>post ops</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada area bekas operasi</li> <li>- <i>Provoking</i> (Nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi laparatomy dan ileostomy)</li> <li>- <i>Quality</i> (Nyeri dirasakan pasien seperti diris-iris dan cekot-cekot)</li> </ul> </li> </ul>		Rabu 7 Des 2022 07.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif :</u> Saat dilakukan observasi pasien mengatakan nyeri pada area operasi</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Provoking</i> (Nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi laparatomy dan ileostomy)</li> <li>- <i>Quality</i> (Nyeri dirasakan pasien seperti diris-iris dan cekot-cekot)</li> <li>- <i>Regio</i> (Nyeri dirasakan di terlokalisir di area abdomen)</li> <li>- <i>Severity</i> (Skala nyeri 7)</li> <li>- <i>Time</i> (Nyeri dirasakan terus</li> </ul>

1,2, 3,4, 5	Rabu 7 Des 2022 05.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Regio</i> (Nyeri dirasakan di terlokalisir di area abdomen)</li> <li>- <i>Severity</i> (Skala nyeri 7)</li> <li>- <i>Time</i> (Nyeri dirasakan terus menerus).</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- menerus)</li> <li>- TD : 140/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.2°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Terdapat luka operasi (Ileostomy dan Laparatomy) tertutup kasa steril dan hypafix</li> </ul>	
	05.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien post operasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran : <i>Composmentis</i>, GCS 15 (4,5,6)</li> <li>- TD : 140/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.2°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post ops H+2</li> <li>- Pasien masih mual</li> <li>- Pasien masih terpasang kateter</li> </ul> </li> </ul>			<p><u>Analisa :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah keperawatan belum teratasi</li> <li>- Intervensi keperawatan manajemen nyeri (no.1,2,3,8) dapat dilaksanakan</li> <li>- Intervensi edukasi nafas dalam belum dapat dilaksanakan</li> </ul> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis mengatasi nyeri.</li> </ul>	
	3	05.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kebutuhan istirahat pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien belum bisa istirahat, karena nyeri dari luka operasi</li> </ul> </li> </ul>		2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah</li> </ul> <p><u>Subyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluhkan mual</li> </ul>
4,5	05.15WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi</li> </ul>				

5	06.15WIB	<p>pemberian Antibiotik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injeksi Cefobactam 1gr</li> <li>- Injeksi Metronidazole 500mg</li> </ul> <p>▪ Megobservasi luka post operasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi Ileostomy (stoma) di kwadran kanan bawah</li> <li>- Terdapat luka incisi midline di area abdomen</li> <li>- Belum ditemukan tanda-tanda infeksi (<i>rubor, colour, dolor, fungsiileisa</i>)</li> </ul>			<p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mual</li> <li>- Perut kembung</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis mengatasi mual</li> <li>- Kolaborasi pemasangan NGT untuk dekompresi lambung dan pemberian nutrisi enteral</li> </ul>	
				3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan tidak bisa tidur setelah operasi karena merasakan nyeri</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondisi umum pasien lemah</li> <li>- Terdapat luka post operasi Ileostomy (stoma) di kwadran kanan bawah</li> <li>- Terdapat luka incisi midline di area abdomen</li> </ul>	

					<p><u>Analisa :</u> Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (6,7 dan 8)</p>	
				4	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u> -</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka operasi (Ileostomy dan Laparatomy) tertutup kasa steril dan hypafix</li> <li>- Terdapat luka incisi midline (+15cm) di area abdomen</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Intervensi keperawatan (Perawatan integritas kulit) belum dapat dilaksanakan</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (1,2,3,4,5,6,7 dan 8) Risiko Infeksi dibuktikan dengan</p>	

					5	<p>adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <p>-</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi Ileostomy (stoma) di kwadran kanan bawah</li> <li>- Terdapat luka incisi midline di area abdomen tertutup kasa steril dan hypafix</li> <li>- Belum ditemukan tanda-tanda infeksi (<i>rubor, colour, dolor, fungsioleisa</i>)</li> <li>- Pasien terpasang dower katether</li> <li>- Pasien terpasang drain pada kwadran kiri bawah</li> <li>- Leukosit : <math>16.02 \cdot 10^3/\mu\text{L}</math></li> </ul> <p><u>Analisa :</u></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <p>Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)</p>	
1,2,	Rabu 7 Des 2022 08.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum</li> </ul>		Rabu 7 Des 2022 13.30WIB	1	Nyeri akut berhubungan dengan	



3,4, 5		pasien : - Pasien masih mengeluhkan nyeri. - TD : 100/80 mmHg - N : 80x/memit - S : 36.6°C - RR : 20x/menit - Pasien post operasi H+2 - Pasien belum bisa tidur			agen pencedera fisik (prosedur operasi) <u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada area operasi	
4,5	09.00WIB	▪ Mengobservasi kulit sekitar luka operasi dan stoma : - Kulit bersih, tidak ada kemerahan dan rasa gatal			<u>Obyektif :</u> - Kesadaran : Composmentis - TD : 100/80 mmHg - N : 80x/memit - S : 36.6°C - RR : 20x/menit - Pasien masih tampak meringis menahan nyeri	
2	08.30WIB	▪ Mengobservasi pemenuhan nutrisi pasien : - Pasien mendapat diit susu sejumlah 50cc - Pasien dapat menghabiskan diit susu			<u>Analisa :</u> Masalah keperawatan belum tertasi <u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan	
2	09.15WIB	▪ Mengobservasi dekompresi cairan lambung : - Pasien terpasang NGT untuk dekompresi lambung dan pemberian nutrisi enteral - Keluar cairan 1 ltr berwarna		2	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah <u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan mual sudah berkurang <u>Obyektif :</u>	

4,5	09.20WIB	<p>hijau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan lega, dan mualnya berkurang</li> <li>▪ Mengobservasi luka post operasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi Ileostomy (stoma) di kwadran kanan bawah</li> <li>- Terdapat luka insisi midline di area abdomen</li> <li>- Belum ditemukan tanda-tanda infeksi (<i>rubor, colour, dolor, fungsioleisa</i>)</li> </ul> </li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 100/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6oC</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Terpasang NGT untuk dekompresi lambung dan pemberian nutrisi enteral</li> <li>- Keluar cairan 1 ltr berwarna hijau</li> <li>- Pasien mengatakan lega, dan mualnya berkurang</li> <li>- Pasien dapat diit cair (susu) sebanyak 3x50cc</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah Teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (3,4,5, dan 6)</p>	
4,5	10.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membantu pembersihan kantong stoma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kotoran bisa dibersihkan</li> <li>- Konsistensi cair dan berbau khas</li> </ul> </li> </ul>				
1,2, 3,4, 5	13.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi pemberian Antibiotik, Analgetik dan Antiemetik : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injeksi Cefobactam 1gr</li> <li>- Injeksi Metronidazole 500mg</li> <li>- Injeksi Lanzoprazole 30gr</li> </ul> </li> </ul>			<p>3</p> <p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan belum bisa tidur dengan nyenyak, masih merasakan nyeri.</p> <p><u>Obyektif :</u></p>	

		- Tidak ditemukan tanda-tanda alergi obat			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak lemah</li> <li>- Sering menguap</li> <li>- Kantong mata mulai menghitam</li> <li>- Pasien tampak memegang perutnya dan meringis</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (6,7,8)</p>	
				4	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit sekitar luka bersih, tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Luka masih tertutup kasa dan plester</li> <li>- Belum dapat dilakukan perawatan luka</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Intervensi keperawatan dapat</p>	

						dilakukan sebagian (1,2,7,8 dan 9) <u>Planning :</u> Lakukan perawatan luka pada H+3 post operasi	
					5	Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i> ) <u>Subyektif :</u> - <u>Obyektif :</u> Kulit sekitar luka bersih, tidak ada kemerahan dan rasa gatal <u>Analisa :</u> Masalah teratasi sebagian <u>Planning :</u> Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)	
1,2, 3,4, 5	Rabu 7 Des 2022 16.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih mengeluhkan nyeri.</li> <li>- TD : 100/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> </ul> </li> </ul>		Rabu 7 Des 2022 20.30WIB	1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) <u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada area operasi	

3	16.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post operasi H+2</li> <li>▪ Mengobservasi kebutuhan istirahat pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien belum bisa tidur dengan nyaman, masih merasakan nyeri.</li> </ul> </li> </ul>			<p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran : Composmentis</li> <li>- TD : 100/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/menit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien masih tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Pasien bisa mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah keperawatan belum tertasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>	
4,5	16.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kulit sekitar luka operasi dan stoma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit bersih, tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> </ul> </li> </ul>				
2	17.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi dekompresi cairan lambung : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang NGT untuk mengdekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 1 ltr berwarna hijau</li> <li>- Pasien mengatakan lega, dan kualitasnya berkurang</li> </ul> </li> </ul>				
4	17.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membantu pembersihan kantong stoma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kotoran bisa dibersihkan</li> <li>- Konsistensi cair dan berbau khas</li> </ul> </li> </ul>			<p>2</p> <p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan mual sudah berkurang</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 100/80 mmHg</li> </ul>	

2	18.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi pemenuhan nutrisi pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mendapat diit susu sebanyak 50cc</li> </ul> </li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6oC</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Terpasang NGT untuk dekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 1 ltr berwarna hijau</li> <li>- Pasien mengatakan lega, dan mualnya berkurang</li> <li>- Pasien dapat minum susu (diit) sebanyak 50cc tanpa mual dan muntah</li> </ul>	
2	18.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi personal hygiene pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebutuhan personal hygiene dipenuhi keluarga, pasien di washlap dan ganti baju</li> </ul> </li> </ul>					
1,2, 3,4, 5	18.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi pemberian Antibiotik, Analgetik dan Antiemetik : <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Injeksi Cefobactam 1gr, injeksi antrain 1gr, injeksi Metronidazole 500mg, injeksi Lanzoprazole 30gr</li> <li>- Tidak ditemukan tanda-tanda alergi obat</li> </ul> </li> </ul>				<p><u>Analisa :</u> Masalah Teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (3,4,5, dan 6)</p>	
4,5	19.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengedukasi keluarga terkait perawatan stoma dan edukasi nafas dalam : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga memahami cara membersihkan feses yang ada di kantong</li> <li>- Keluarga mengerti cara</li> </ul> </li> </ul>			3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan belum bisa tidur dengan nyenyak, masih merasakan nyeri.</p> <p><u>Obyektif :</u> - Pasien masih tampak lemah</p>	

		<p>membuka dan menutup pengunci kantong kolostomy bag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat mempraktekan teknik nafas dalam</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sering menguap</li> <li>- Kantong mata mulai menghitam</li> <li>- Pasien tampak memegang perutnya dan meringis</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (6,7,8)</p>	
				4	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit sekitar luka bersih, tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Luka masih tertutup kasa dan plester</li> <li>- Belum dapat dilakukan perawatan luka</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Intervensi keperawatan dapat dilakukan sebagian (1,2,7,8 dan 9)</p>	

						<p><u>Planning :</u> Lakukan perawatan luka pada H+3 post operasi</p>	
					5	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif :</u> -</p> <p><u>Obyektif :</u> Kulit sekitar luka bersih, tidak ada kemerahan dan rasa gatal</p> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)</p>	
1,2,3,4,5	Rabu 7 Des 2022 21.15WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih mengeluhkan nyeri.</li> <li>- TD : 100/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> </ul> </li> </ul>		Kamis 8 Des 2022 07.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada area operasi</p> <p><u>Obyektif :</u></p>	



3	21.30WIB  Kamis 8 Des 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post operasi H+2</li> <li>- Mual sudah berkurang</li> <li>▪ Membantu pasien memenuhi kebutuhan istirahat : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terbiasa dengan istirahat dengan suhu ruangan yang dingin.</li> </ul> </li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran : Composmentis</li> <li>- TD : 100/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/menit</li> <li>- S : 36.6<sup>o</sup>C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien masih tampak meringis menahan nyeri</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah keperawatan belum tertasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan</p>	
5  2,3	04.30WIB  06.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi pemberian therapy antibiotic : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injeksi Cefobactam 1gr</li> </ul> </li> <li>▪ Mengobservasi diit pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih mendapatkan diit cair (susu) sejumlah 50cc</li> </ul> </li> <li>▪ Mengobservasi pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien belum bisa istirahat dengan nyenyak</li> </ul> </li> </ul>			<p>2</p> <p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Subyektif:</u> Pasien mengatakan mual sudah berkurang</p> <p><u>Obyektif:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 100/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/menit</li> <li>- S : 36.6<sup>o</sup>C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Terpasang NGT untuk dekompresi lambung</li> </ul>	

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluar cairan 1 ltr berwarna hijau</li> <li>- Pasien mengatakan lega, dan mualnya berkurang</li> <li>- Pasien dapat minum susu (diit) sebanyak 50cc tanpa mual dan muntah</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah Teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (3,4,5, dan 6)</p>	
				3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan belum bisa tidur dengan nyenyak, masih merasakan nyeri.</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak lemah</li> <li>- Sering menguap</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan</p>	

					(6,7,8)	
					<p>4 Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif</u> :</p> <p>-</p> <p><u>Obyektif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit sekitar luka bersih, tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Luka masih tertutup kasa dan plester</li> <li>- Belum dapat dilakukan perawatan luka</li> </ul> <p><u>Analisa</u> :</p> <p>Intervensi keperawatan dapat dilakukan sebagian (1,2,7,8 dan 9)</p> <p><u>Planning</u> :</p> <p>Lakukan perawatan luka pada H+3 post operasi</p>	
					<p>5 Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif</u> :</p>	

						<p>-</p> <p><u>Obyektif :</u> Kulit sekitar luka bersih, tidak ada kemerahan dan rasa gatal</p> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)</p>
1,2, 3,4, 5	Kamis 8 Des 2022 08.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang.</li> <li>- Skala nyeri (6)</li> <li>- TD : 125/85 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post operasi H+3</li> </ul> </li> </ul>		Kamis 8 Des 2022 13.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri (6)</li> <li>- TD : 125/85 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> <li>- Sudah tidak tampak meringis menahan nyeri</li> </ul>
2	09.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Megobservasi dekompresi cairan lambung : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk mengdekompresi lambung</li> </ul> </li> </ul>				

1,4, 5	09.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluar cairan 300ml berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah</li> <li>▪ Melakukan observasi kulit sekitar luka operasi dan stoma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal, belum dilaksanakan perawatan luka</li> <li>- Tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> </ul> </li> <li>▪ Memotivasi pasien untuk menggunakan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat melaksanakan teknis nafas dalam</li> </ul> </li> </ul>				<p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Pertahankan kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
1,2, 5	12.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi pemberian Antibiotik, Analgetik dan Antiemetik : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mendapatkan therapy (Cefobactam 1gr, Metronidazole 500mg, Lanzoprazole 30gr, antrain 1gr)</li> </ul> </li> </ul>			2	<p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan tidak lagi mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk dekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 300ml berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien sudah tidak mual dan muntah</li> <li>- Pasien dapat minum susu 200cc</li> </ul>	
1,2,	13.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keluhan nyeri</li> </ul>				<p><u>Analisa :</u></p>	

5		<p>setelah mendapat therapy obat antibiotic dan antiemetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri dan mualnya sudah berkurang</li> <li>- Skala nyeri : 6</li> </ul>			<p>Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (3,4,5, dan 6)</p>	
				3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan belum bisa tidur dengan nyenyak, kalau siang bisa tidur sebentar tapi sering terbangun karena merasakan nyeri</p> <p><u>Obyektif :</u> Pasien masih tampak lemah</p> <p><u>Analisa :</u> Masalah belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (6,7,8)</p>	
				4	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u> -</p>	

					<p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal sekitar area luka operasi</li> <li>- Belum dilaksanakan perawatan luka</li> </ul> <p><u>Analisa :</u></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi (1,2,7 dan 9)</li> <li>- Lakukan perawatan luka operasi post operasi H+4</li> </ul> <p>5 Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <p>-</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <p>Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</p> <p><u>Analisa :</u></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <p>Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)</p>	
	Kamis 8 Des 2022			Kamis 8 Des 2022		

1,2, 3,4, 5	16.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang.</li> <li>- Skala nyeri (6)</li> <li>- TD : 125/85 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post operasi H+3</li> </ul> </li> </ul>		20.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif:</u> Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p><u>Obyektif:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri (6)</li> <li>- TD : 125/85 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> <li>- Sudah tidak tampak meringis menahan nyeri</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Pertahankan kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
3	16.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kebutuhan istirahat pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien belum bisa tidur dengan nyaman, masih merasakan nyeri.</li> </ul> </li> </ul>					
2	16.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Megobservasi dekompresi cairan lambung : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk mengdekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 300ml berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah</li> </ul> </li> </ul>					
4,5	17.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kulit sekitar</li> </ul>					



1,2, 4,5	17.30WIB	luka operasi dan stoma : - Tidak ada kemerahan dan rasa gatal, belum dilaksanakan perawatan luka ■ Mengobservasi pemenuhan nutrisi pasien : - Pasien mendapat diit susu sebanyak 200cc - Susu dapat diminum dan tidak muntah			2	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah <u>Subyektif:</u> Pasien mengatakan tidak lagi mengalami mual dan muntah <u>Obyektif:</u> - Pasien masih terpasang NGT untuk dekompresi lambung - Keluar cairan 300ml berwarna hijau muda - Pasien sudah tidak mual dan muntah - Pasien dapat minum susu 200cc	
1,2, 3,4, 5	18.00WIB	■ Memberikan hasil kolaborasi pemberian Antibiotik, Analgetik dan Antiemetik : - Pasien mendapatkan therapy (Cefobactam 1gr, Metronidazole 500mg, Lanzoprazole 30gr, Antrain 1gr) - Tidak ditemukan tanda-tanda alergi obat				<u>Analisa :</u> Masalah teratasi <u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (3,4,5, dan 6)	
4,5	18.30WIB	■ Mengobservasi personal hygiene pasien : - Kebutuhan personal hygiene dipenuhi keluarga, pasien di washlap dan ganti baju			3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi <u>Subyektif:</u> Pasien mengatakan belum bisa tidur dengan nyenyak, kalau siang bisa	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melatih blader training pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasakan sensasi berkemih</li> <li>- DK pasien dilepas</li> </ul> </li> </ul>				<p>tidur sebentar tapi sering terbangun karena merasakan nyeri</p> <p><u>Obyektif :</u> Pasien masih tampak lemah</p> <p><u>Analisa :</u> Masalah belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (6,7,8)</p>	
				4		<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u> -</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal sekitar area luka operasi</li> <li>- Belum dilaksanakan perawatan luka</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi (1,2,7 dan 9)</li> </ul>	

						- Lakukan perawatan luka operasi post operasi H+4	
					5	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparotomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif:</u></p> <p>-</p> <p><u>Obyektif:</u></p> <p>Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</p> <p><u>Analisa:</u></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning:</u></p> <p>Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)</p>	
1,2, 3,4, 5	Kamis 8 Des 2022 21.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang.</li> <li>- Skala nyeri (6)</li> <li>- TD : 125/85 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> </ul> </li> </ul>		Jum'at 9 Des 2022 07.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif:</u></p> <p>Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p><u>Obyektif:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri (6)</li> <li>- TD : 125/85 mmHg</li> </ul>	

1	Jum'at 04.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien post operasi H+3</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual lagi</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi pemberian Antibiotik : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mendapatkan therapy Cefobactam 1gr.</li> </ul> </li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> <li>- Sudah tidak tampak meringis menahan nyeri</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi keperawatan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Pertahankan kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
3	06.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kebutuhan istirahat pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien belum bisa tidur dengan nyaman, masih merasakan nyeri.</li> </ul> </li> </ul>				
2	06.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Megobservasi dekompresi cairan lambung : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk mengdekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 300ml berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah</li> </ul> </li> </ul>			<p>2</p> <p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan tidak lagi mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk dekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 300ml berwarna</li> </ul>	
4,5		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kulit sekitar luka operasi dan stoma :</li> </ul>				

		- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal, belum dilaksanakan perawatan luka			<p>hijau muda</p> <p>- Pasien sudah tidak mual dan muntah</p> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan</p>	
				3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan belum bisa tidur dengan nyenyak</p> <p><u>Obyektif :</u> Pasien masih tampak lemah</p> <p><u>Analisa :</u> Masalah belum teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (6,7,8)</p>	
				4	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u></p>	

					<p>-</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <p>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal sekitar area luka operasi</p> <p><u>Analisa :</u></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <p>- Pertahankan intervensi (1,2,7 dan 9)</p> <p>- Lakukan perawatan luka operasi post operasi H+4</p>	
				5	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <p>-</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <p>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal pada area luka</p> <p>- Bengkak pada area luka menurun</p> <p><u>Analisa :</u></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning :</u></p> <p>Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)</p>	

1,2, 3,4, 5	Jum'at 9 Des 2022 08.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang.</li> <li>- Skala nyeri (5)</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.5°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post operasi H+4</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> </ul> </li> <li>▪ Mengobservasi kulit sekitar luka operasi dan stoma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Luka bersih</li> <li>- Kasa dan plester sudah diganti</li> <li>- Telah dilakukan perawatan luka</li> <li>- Tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> <li>- Kantong stoma diganti</li> </ul> </li> </ul>		Jum'at 9 Des 2022 13.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri (5)</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> <li>- Pasien sudah tidak tampak meringis menahan nyeri</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Pertahankan kolaborasi</li> </ul>	
-------------------	----------------------------------	---	--	----------------------------------	---	---	--

2	09.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Megobservasi dekompresi cairan lambung : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk mengdekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 150ml berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah</li> </ul> </li> </ul>				pemberian analgetik	
2,5	12.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi pemenuhan nutrisi pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih mendapat diit susu sebanyak 200cc</li> <li>- Susu dapat diminum dan tidak mual dan muntah</li> </ul> </li> </ul>			2	<p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan tidak lagi mengalami mual dan muntah</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk dekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 150ml berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien sudah tidak mual dan muntah</li> <li>- Pasien dapat minum susu 200cc</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah keperawatan teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan (3,4,5, dan 6)</p>	
3	12.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan lingkungan yang nyaman untuk kebutuhan istirahat pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien lebih nyaman dengan AC nyala dan dingin</li> </ul> </li> </ul>					
1,2, 3,4, 5	13.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian Antibiotik, Analgetik dan Antiemetik : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mendapatkan therapy (Cefobactam 1gr,</li> </ul> </li> </ul>			3	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u></p>	



		<p>Metronidazole 500mg, Lanzoprazole 30gr, Antrain 1gr)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ditemukan tanda-tanda alergi obat</li> </ul>			<p>Pasien mengatakan sudah bisa tidur, namun kadang-kadang masih sering terbangun karena masih merasakan nyeri</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah tampak lebih segar</li> <li>- Pasien lebih nyaman dengan AC nyala dan dingin</li> </ul> <p><u>Analisa :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi keperawatan (dukungan tidur) dapat dilaksanakan dan intervensi keperawatan manajemen nyeri dapat dilaksanakan sebagian</li> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><u>Planning :</u></p> <p>Pertahankan intervensi keperawatan manajemen nyeri (6,7,8)</p>	
				<p>4</p>	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><u>Obyektif :</u></p>	

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Luka bersih</li> <li>- Kasa dan plester sudah diganti</li> <li>- Telah dilakukan perawatan luka</li> <li>- Tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> <li>- Kantong stoma diganti</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan</p>	
				5	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u></p>	

						Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)	
1,2, 3,4, 5	Jum'at 9 Des 2022 16.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang.</li> <li>- Skala nyeri (5)</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.5°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post operasi H+4</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> </ul> </li> </ul>		Jum'at 9 Des 2022 20.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif:</u> Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p><u>Obyektif:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri (5)</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> <li>- Pasien sudah tidak tampak meringis menahan nyeri</li> </ul> <p><u>Analisa:</u> Masalah teratasi sebagian</p> <p><u>Planning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> </ul>	
4,5	16.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kulit sekitar luka operasi dan stoma :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Luka bersih</li> <li>- Kasa dan plester sudah diganti</li> <li>- Telah dilakukan perawatan luka</li> <li>- Tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> </ul> </li> </ul>					

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kantong stoma diganti (feses konsistensi cair, berbau khas)</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
2	16.45WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Megobservasi dekompresi cairan lambung :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk mengdekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 150ml berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah</li> </ul> </li> </ul>			2	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah <i>Subyektif:</i> Pasien mengatakan tidak lagi mengalami mual dan muntah <i>Obyektif:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk dekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 150ml berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien sudah tidak mual dan muntah</li> <li>- Pasien dapat minum susu 200cc</li> </ul>	
3	17.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kebutuhan istirahat pasien :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah bisa tidur siang, namun kadang-kadang masih sering terbangun karena masih merasakan nyeri.</li> </ul> </li> </ul>				<i>Analisa :</i> Masalah keperawatan teratasi <i>Planning :</i> Pertahankan intervensi keperawatan (3,4,5, dan 6)	
2,4,5	17.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi pemenuhan nutrisi pasien :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih mendapat diit susu sebanyak 200cc</li> <li>- Susu dapat diminum dan tidak mual dan muntah</li> </ul> </li> </ul>			3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi	

<p>3</p> <p>1,2, 3,4, 5</p> <p>1,2, 3</p>	<p>18.30WIB</p> <p>19.00WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan lingkungan yang nyaman untuk kebutuhan istirahat pasien :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien lebih nyaman dengan AC nyala dan dingin</li> </ul> </li> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi pemberian Antibiotik, Analgetik dan Antiemetik :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mendapatkan therapy (Cefobactam 1gr, Metronidazole 500mg, Lanzoprazole 30gr, antrain 1gr)</li> <li>- Tidak ditemukan tanda-tanda alergi obat</li> </ul> </li> <li>▪ Mengajarkan kembali kepada pasien tentang teknik relaksasi nafas dalam             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> </li> </ul>			<p><u>Subyektif:</u>                  Pasien mengatakan sudah bisa tidur, namun kadang-kadang masih sering terbangun karena masih merasakan nyeri</p> <p><u>Obyektif:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah tampak lebih segar</li> <li>- Pasien lebih nyaman dengan AC nyala dan dingin</li> </ul> <p><u>Analisa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi keperawatan (dukungan tidur) dapat dilaksanakan dan intervensi keperawatan manajemen nyeri dapat dilaksanakan sebagian</li> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><u>Planning:</u>                  Pertahankan intervensi keperawatan manajemen nyeri (6,7,8)</p>	
				<p>4</p>	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif:</u></p> <p>-</p>	

					<p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Luka bersih</li> <li>- Kasa dan plester sudah diganti</li> <li>- Telah dilakukan perawatan luka</li> <li>- Tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> <li>- Kantong stoma diganti</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u> Pertahankan intervensi keperawatan</p>	
				5	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi</p>	

						<u>Planning :</u> Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)	
1,2, 3,4, 5	Jum'at 9 Des 2022 21.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi keadaan umum pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang.</li> <li>- Skala nyeri (5)</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.5°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Pasien post operasi H+4</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> </ul> </li> </ul>		Sabtu 10 Des 2022 07.30WIB	1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p><u>Subyektif :</u> Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri (5)</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- N : 80x/memit</li> <li>- S : 36.6°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Kesadaran composmentis</li> <li>- Pasien sudah tidak tampak meringis menahan nyeri</li> </ul> <p><u>Analisa :</u> Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan intervensi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi</li> </ul>	
5	Sabtu 10 Des 2022 04.30WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan hasil kolaborasi pemberian Antibiotik : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mendapatkan therapy Cefobactam 1gr.</li> </ul> </li> </ul>					
3		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi kebutuhan istirahat pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah bisa tidur,</li> </ul> </li> </ul>					

2	4,5	<p>namun kadang-kadang masih sering terbangun karena masih merasakan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengobservasi dekompresi cairan lambung : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih terpasang NGT untuk mengdekompresi lambung</li> <li>- Keluar cairan 200ml/12jam berwarna hijau muda</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah</li> </ul> </li> <li>▪ Mengobservasi kulit sekitar luka operasi dan stoma : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal.</li> </ul> </li> </ul>				nyeri	
						- Pertahankan kolaborasi pemberian analgetik	
						2	
3	Gangguan pola tidur berhubungan						



					<p>dengan nyeri post operasi</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <p>Pasien mengatakan sudah bisa tidur, namun kadang-kadang masih sering terbangun karena masih merasakan nyeri</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah tampak lebih segar</li> <li>- Pasien lebih nyaman dengan AC nyala dan dingin</li> </ul> <p><u>Analisa :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi keperawatan (dukungan tidur) dapat dilaksanakan dan intervensi keperawatan manajemen nyeri dapat dilaksanakan sebagian</li> <li>- Masalah belum teratasi</li> </ul> <p><u>Planning :</u></p> <p>Pertahankan intervensi keperawatan manajemen nyeri</p>	
				4	<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)</p> <p><u>Subyektif :</u></p>	

					<p>-</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Edema pada sisi luka menurun</li> </ul> <p><u>Analisa :</u></p> <p>Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u></p> <p>Pertahankan intervensi keperawatan</p>	
				5	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops <i>laparatomy</i> dan <i>ileostomy</i> (prosedur <i>invasif</i>)</p> <p><u>Subyektif :</u></p> <p>-</p> <p><u>Obyektif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan dan rasa gatal</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p><u>Analisa :</u></p> <p>Masalah teratasi</p> <p><u>Planning :</u></p> <p>Pertahankan intervensi (1,2,3 dan 4)</p>	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn.C dengan *Post Ops Ileostomy* H+1 di B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 6 Desember s.d 9 Desember 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1. Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian post operasi pada Tn. C dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

##### **4.1.1. Data Pasien**

Data yang didapatkan, Tn. C berjenis kelamin laki-laki berusia 64 tahun bekerja sebagai wiraswasta. Berdasarkan *American Cancer Society*, KKR merupakan kanker ketiga terbanyak dan kanker penyebab kematian ketiga terbanyak pada laki-laki dan perempuan di Amerika Serikat (*American Cancer Society*, 2020), sedangkan resiko terjadinya kanker kolorektal pada wanita (4.7%) lebih kecil daripada pria (5.0%) sama halnya dengan mortalitas kanker kolorektal pada pria (30-40%) juga lebih tinggi daripada perempuan (*Siegel et al.*, 2014). Insiden KKR pada laki-laki sebesar 11,9% dan pada perempuan sebesar 5,8% dari total kejadian seluruh jenis kanker di Indonesia (*Bray et al.*, 2018). Jenis kelamin

yang terbanyak menderita kanker kolorektal adalah laki-laki dibandingkan wanita. Hal ini diduga dikarenakan oleh adanya efek protektif hormonal pada wanita yang menurunkan risiko untuk terjadinya kanker kolorektal pada wanita. Dengan adanya efek protektif hormon endogen wanita inilah yang menyebabkan prognosis kanker kolorektal pada wanita lebih baik dibandingkan pada laki-laki (Pratama & Adrianto, 2019).

Selain jenis kelamin, faktor usia juga sebagai pemicu terhadap kejadian kanker kolorektal. Diagnosis kanker kolorektal meningkat progresif setelah usia 40 tahun dan meningkat tajam setelah usia 50 tahun (Pratama & Adrianto, 2019), pada usia 40 tahun terjadi mutasi dari gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) adalah penyebab *Familial Adenomatous polyposis* (FAP), yang mempengaruhi individu membawa risiko hampir 100% mengembangkan kanker usus besar (Sayuti & Nouva, 2019). Selain usia dan jenis kelamin, faktor yang mempengaruhi timbulnya kanker kolorektal adalah diet rendah serat dan tinggi lemak, saat pengkajian didapatkan data bahwa Tn. C mempunyai riwayat kurang menyukai makanan yang berserat. Seseorang dengan asupan rendah serat mempunyai risiko 11 kali lebih besar terkena karsinoma kolorektal dibandingkan dengan tinggi serat (Murphy et al., 2000; Sayuti & Nouva, 2019), Serat memberikan efek protektif dari sel kanker dengan mempercepat waktu kontak antara karsinogen dan usus besar saat penggumpalan feses, sehingga menipiskan dan menonaktifkan karsinogen (Hapsari & Murbawani, 2016). Efek protektif juga diperoleh dari antioksidan pada sayur dan buah. Selain itu, asam lemak rantai pendek hasil fermentasi serat meningkatkan diferensiasi sel atau menginduksi apoptosis (Galas et al., 2013; Slavin, 2013). Diet tinggi lemak dapat

meningkatkan fungsi hati dalam mensintesis kolesterol dan asam empedu. Kolesterol dan asam empedu ini akan diubah oleh bakteri patogen di kolon, dengan bantuan enzim *7 $\alpha$ -dehidroksilase*, menjadi asam empedu sekunder, metabolit kolesterol, yaitu koprostanol, dan substansi-substansi toksik yang dapat merusak mukosa kolon, sehingga meningkatkan proliferasi sel kolon dan pembentukan tumor (Aulawi, 2013; Tamba, 2012)

#### **4.1.2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Keluhan utama pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan adalah tidak bisa BAB selama 5 hari. Gejala umum dari kanker kolorektal ditandai oleh perubahan kebiasaan buang air besar, gejala tersebut antara lain Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya kadang juga ditemukan gejala sembelit (*American Cancer Society*, 2020). Gejala klinis KKR tergantung pada lokalisasi tumor. Gejala paling umum KKR yang terlihat ialah sakit perut, perubahan kebiasaan buang air besar, perdarahan rektum, dan anemia defisiensi besi, meskipun gejala ini biasanya dapat juga ditemukan pada penyakit saluran cerna lainnya (Thrumurthy et al., 2016). Tumor kolorektal sisi kiri biasanya hadir dengan kebiasaan buang air besar yang berubah seperti diare, peningkatan frekuensi, dan obstruksi usus sekunder sampai penyempitan lumen progresif, perdarahan rektum atau lendir, atau tenesmus. Lesi sisi kanan dapat hadir lebih diam-diam dengan penurunan berat badan, sakit perut atau massa pada perut bagian kanan, dan terjadi anemia defisiensi zat besi (Kanellos et al., 2004; Thrumurthy et al., 2016).

#### 4.1.3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bias dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun yang masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem seperti tersebut dibawah ini :

a. Sistem pernafasan

Pada pengkajian system pernafasan, tidak didapatkan adanya peningkatan frekuensi pernafasan, pasien tidak sesak, respirasi 20x/menit, tidak terlihat penggunaan otot bantu nafas (otot *sternokleidomastoideus*), tidak menggunakan alat bantu nafas (nasal kanul), tidak terdapat nyeri tekan, ekspansi simetris, taktil vrenikus teraba jelas pada kedua lapang paru, bunyi sonor, bunyi nafas vasikuler dan tidak terdapat suara nafas tambahan sehingga pada sitem pernafasan tidak didapatkan masalah untuk diangkat sebagai masalah keperawatan. Keadaan ini disebabkan karena tidak adanya sel kanker yang bermetatase ke dalam jaringan paru, berdasarkan hasil pemeriksaan foto thorax pada tanggal 1 Desember 2022 didapatkan hasil bahwa jantung dan paru tak tampak kelianan.

b. Sistem kadiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler tidak didapatkan adanya kelainan bunyi jantung seperti gallop ataupun murmur. bunyi jantung S1 (lub) dan bunyi jantung S2 (dub), frekuensi nadi dalam batas normal (80x/menit), tidak didapatkan tachicardi ataupun bradycardia, irama denyut nadi regular, tekanan darah 147/82mmHg. Pada pemeriksaan penunjang didapatkan hasil jantung dan paru tak tampak kelianan.

c. Sistem persarafan

Pada pengkajian sistem persarafan, pemeriksaan fungsi luhur kesadaran pasien Compositentis, GCS 15 (E:4, M:6, V:5), orientasi lingkungan baik, Refleks cahaya (+), pupil isokor, status memori panjang, kemampuan berbahasa baik, orientasi tepat, klien dapat membaca dan melihat dengan baik, gerakan bola mata normal, klien dapat merasakan halus dan kasar, klien mampu tersenyum menutup kelopak mata, klien mampu menelan, menggerakkan lidah secara simetris. Pada pemeriksaan 12 nervus cranial tidak didapatkan gangguan.

d. Sistem perkemihan

Pasien tidak mendapatkan masalah pada gangguan perkemihan, pasien terpasang dower kateter, produksi urine spontan, kantong urine terisi 400cc, warna kuning jernih, tidak terdapat distensi vesika urinaria. Indikasi penggunaan kateter yaitu: untuk menyembuhkan retensi urin, mengurangi tekanan pada kandung kemih, memudahkan pengobatan dengan operasi, mempercepat pemulihan jaringan setelah operasi, memasukkan obat kedalam kandung kemih, mengukur output urin secara tepat, mengukur output residual, memvisualisasikan struktur anatomi secara radiografis (Smeltzer & Bare, 2013)

e. Sistem pencernaan

Pada sistem pencernaan pasien, post operasi (H+1) pasien mengalami mual sampai muntah. Pasien mendapat diit bubur halus, pasien mampu menghabiskan diit makanan. Pasien tidak terpasang NGT, hasil pemeriksaan laboratorium Hb:11,89g/dL. Nausea adalah sensasi subjektif akan keinginan

untuk muntah tanpa gerakan ekspulsif otot, jika berat akan berhubungan dengan peningkatan sekresi kelenjar ludah, berkeringat dan gangguan vasomotor. *Retching* adalah keinginan/dorongan untuk muntah. Akibat kontraksi spasma dari otot pernapasan tanpa mengeluarkan isi lambung. Vomiting adalah keluarnya isi lambung melalui mulut atau bahkan hidung. Kondisi muntah meliputi kontraksi abdomen yang menghasilkan keluarnya isi perut melalui mulut (Cing et al., 2022).

Ileus pasca operasi, distensi lambung, dan distensi abdomen adalah kejadian paling umum pada operasi abdomen. Ileus pasca operasi adalah terjadinya dua periode mual dan muntah. Ileus pasca operasi yang berkepanjangan dapat mengurangi kenyamanan pasien, meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan menambah lama tinggal di rumah sakit, biaya perawatan yang lebih tinggi, dan menunda asupan makanan pertama dan kegagalan mobilisasi (Firmanti et al., 2020). Gejala Ileus pasca operasi termasuk ketidaknyamanan perut, mual, dan muntah, yang merupakan penyebab utama keterlambatan diet enteral dan pemulihan pasien (Firmanti et al., 2020; Gan et al., 2014, 2020).

f. Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pasien tidak mengalami masalah. Kekuatan otot (5 pada ekstremitas bawah dan ekstremitas atas).

g. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengalami gangguan pada pola istirahat dan tidur, post operasi hari 1 pasien tidak bisa tidur dikarenakan timbulnya nyeri pada luka operasi. Nyeri post-operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan



(mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan proses operasi), tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh, maupun penyakitnya (misal kanker, gangguan tulang belakang, dll) (Mira Andika, 2019). Mayoritas nyeri pasca operasi cirinya ialah nosiseptif tetapi sebagian kecil pasien dapat mengalami nyeri neuropatik pasca operasi (Muhammad, 2015).

Keluhan nyeri yang mengganggu kualitas tidur hingga membatasi pasien untuk melakukan mobilisasi menjadi masalah krusial yang dapat berdampak pada kualitas hidup dan lamanya hari perawatan (Murwaningsih & Agung Waluyo, 2021).

#### **4.1.4. Pemeriksaan Diagnostik**

Hasil pemeriksaan hematologi yang dilakukan pada pasien pada tanggal 1 Desember 2022 didapatkan data nilai leukosit :  $16,02 \cdot 10^3 \mu\text{L}$  (4,00-10,00), Hemoglobin : 11,80g/dL (13-17), Hematokrit 35,50% (40,0-54,0). Sedangkan untuk pemeriksaan kimia klinik, nilai SGOT : 35U/l (0-50), SGPT : 113U/l (0-50). Sedangkan pada hasil pemeriksaan Colon In Loop didapatkan hasil Kontras berhenti di colon ascendens proximal suspect ok massa intra lumen

Pada kasus KKR dilakukan pemeriksaan laboratorium darah untuk mengetahui terdapatnya anemia defisiensi besi. Panduan hemoglobin untuk rujukan KKR menggunakan cut-off di bawah 12 gr/dL untuk perempuan dan 13 gr/dL untuk laki-laki. Beberapa studi mengemukakan bahwa kadar zat besi menurun seiring dengan meningkatnya stadium penyakit KKR, sehingga pasien menjadi lebih anemia, dan lebih banyak kekurangan zat besi bersamaan dengan perkembangan penyakit dan ketidak seimbangan nutrisi. Tren penurunan kadar

Hb berkorelasi dengan tren penurunan serum besi dan kadar transferin jenuh (Padang & Rotty, 2020). Ketidakseimbangan asupan nutrisi dapat menyebabkan anemia. Jenis makanan yang dikonsumsi dan pola makan sangat erat kaitannya dengan jumlah asupan makanan. Zat besi dibutuhkan sel darah merah untuk reproduksi. Besi adalah komponen dari kelompok heme bagian dari hemoglobin. Hemoglobin merupakan protein yang membantu sel darah merah untuk mengangkut oksigen ke seluruh tubuh (Sabngatun & Sari, 2018). Besi diangkut ke seluruh tubuh sebagian besar oleh protein. Akibatnya, kekurangan protein dapat menghambat transfer zat besi, kemudian berdampak pada menurunnya jumlah hemoglobin dan zat besi. Pada tingkat pH yang lebih tinggi, penyerapan ion besi yang mudah diserap oleh usus halus dan duodenum yaitu ketika dibantu oleh vitamin C berfungsi sebagai penambah kekuatan untuk mengubah ion ferri menjadi ferro (Almatsier, 2013). Penurunan kadar hemoglobin pada pasien menurut asumsi penulis adalah disebabkan karena meningkatnya menurunnya asupan nutrisi pada pasien.

Hematokrit adalah persentase sel darah merah dalam darah, yang dihitung dengan mengikutsertakan baik jumlah maupun ukuran sel-sel tersebut dan dinyatakan sebagai persentase terhadap volume darah (Jumalang et al., 2015). Nilai normal hematokrit pada perempuan berkisar 37-48 %, sedangkan pada laki-laki berkisar 42-52%. Keadaan-keadaan yang dapat menyebabkan peningkatan hematokrit adalah luka bakar, penyakit kardiovaskuler, penyakit paru kronik, defek jantung kongenital, syok dan lain-lain. Sebaliknya, hematokrit menurun pada penderita anemia, sirosis hati, perdarahan, leukemia, penyakit Addison, infeksi kronik dan lain-lain (Dwijayanthi et al., 2020). Penulis berpendapat bahwa

kadar hematokrit yang rendah dapat menjadi rujukan bahwa perdarahan mungkin telah terjadi cukup lama di lokasi tumbuhnya kanker pada pasien. Hal ini diperkuat dari kadar trombosit dalam darah yang abnormal (terlalu tinggi atau terlalu rendah), dimana kadar yang abnormal ini juga dapat menjadi tanda bahwa pasien mengalami perdarahan dan membutuhkan trombosit lebih banyak dari keadaan normal untuk menghentikan perdarahan di lokasi tumor. Selain itu, dapat terlihat pula bahwa kadar sel darah putih juga menunjukkan angka yang sangat tinggi. Kadar yang sangat tinggi merupakan tanda terjadinya proses inflamasi yang masih berlangsung pada tubuh pasien, sedangkan kadar sel darah putih yang rendah menyebabkan risiko untuk terkena infeksi menjadi lebih tinggi.

Teknik pemeriksaan Colon In Loop adalah teknik pemeriksaan secara radiologis dari usus besar dengan menggunakan media kontras secara retrograde. Tujuan dari pemeriksaan ini yaitu untuk mendapatkan gambaran anatomis dari kolon sehingga dapat membantu menegakkan diagnosa suatu penyakit atau kelainan-kelainan pada kolon. Media kontras yang digunakan pada pemeriksaan Colon In Loop adalah larutan Barium Sulfat ( $BaSO_4$ ) (Hidayati et al., 2020).

#### **4.2. Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

**Rasional** : Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa tersebut adalah keluhan nyeri area operasi (*abdomen/post ileostomy*), nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi laparotomy dan ileostomy (*Provoking/P*), nyeri dirasakan seperti diiris-iris dan cekot-cekot (*Quality/Q*), nyeri dirasakan dilokalisir di area abdomen (*Regio/R*), pasien mengatakan skala nyeri 7 (*Severity/S*) dan

nyeri dirasakan terus menerus (*Time/T*). Sedangkan dari hasil pengamatan terhadap pasien, didapatkan luka operasi laparotomy dan ileostomy yang tertutup verban pada area abdomen dan juga terdapat stoma pada kwadran kanan bawah yang tertutup kantong stoma yang menyebabkan nyeri, kondisi ini adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Nyeri post-operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan proses operasi), tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh, maupun penyakitnya (misal kanker, gangguan tulang belakang, dll) (Mira Andika, 2019). Nyeri pasca-operasi terjadi karena adanya kerusakan jaringan atau *noxious stimuli*. *Noxious stimuli* diakibatkan karena terjadi inflamasi sehingga sel-sel inflamasi akan keluar dan diterima oleh reseptor rasa nyeri yang disebut dengan *nociceptors*. Reseptor tersebut berhubungan langsung dengan ujung saraf bebas yang umumnya terdiri dari dua tipe yaitu serabut delta-A dan tipe C (Beissner et al., 2010). Selanjutnya serabut-serabut ini akan menuju ke medula spinalis dan menuju ke otak melalui dua jalur utama yaitu jalur spinothalamikus dan jalur spinoretikular. Pesan nyeri yang cepat terdiri dari serat A-delta yang memiliki myelin kemudian diteruskan melalui traktus spinothalamikus ke lokasi spesifik di otak, yaitu talamus dan diteruskan menuju korteks serebral. Pesan nyeri ini dengan cepat mencapai korteks, dapat melokalisasi nyeri (Alit et al., 2021).

Nyeri setelah operasi disebabkan oleh rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia nyeri. Mediator kimia dapat mengaktifasi nociceptor lebih sensitif secara langsung maupun

tidak langsung sehingga menyebabkan hiperalgesia. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri dari keluhan pasien dan tanda umum atau respon fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri biasanya pasien akan tampak meringis, kesakitan, nadi meningkat, berkeringat, napas lebih cepat, pucat, berteriak, menangis, dan tekanan darah meningkat (Sugiyanto, 2020). Mayoritas nyeri pasca operasi cirinya ialah nosiseptif tetapi sebagian kecil pasien dapat mengalami nyeri neuropatik pasca operasi (Muhammad, 2015).

2. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah

**Rasional** : Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa tersebut adalah pasien mengeluhkan rasa tidak nyaman pada area abdomen, pasien mengalami mual dan muntah dan perut terasa kembung, selain hal tersebut pasien juga tampak meringis sambil memegang perut.

Tindakan operasi merupakan suatu prosedur tindakan invasive yang dilakukan untuk mengatasi masalah/penyakit pasien dengan pembedahan. Efek yang tidak menyenangkan dan sering timbul setelah dilakukan operasi atau pembedahan yaitu mual dan muntah (Arisdiani & Asyrofi, 2019). Nausea adalah sensasi subjektif akan keinginan untuk muntah tanpa gerakan ekspulsif otot, jika berat akan berhubungan dengan peningkatan sekresi kelenjar ludah, berkeringat dan gangguan vasomotor. *Retching* adalah keinginan/dorongan untuk muntah. Akibat kontraksi spasma dari otot pernapasan tanpa mengeluarkan isi lambung. *Vomiting* adalah keluarnya isi lambung melalui mulut atau bahkan hidung. Kondisi muntah meliputi kontraksi abdomen yang menghasilkan keluarnya isi perut melalui mulut

(Cing et al., 2022). Mual muntah post operasi dikenal dengan sebutan *post operative nausea and vomiting (PONV)* (Arisdiani & Asyrofi, 2019). Insidensinya diperkirakan cukup tinggi yaitu 30% pada populasi bedah umum dan mencapai 80% pada kelompok yang berisiko tinggi terjadi PONV. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan berkaitan dengan ketidakpuasan pasien. Selain itu, kejadian mual dan muntah pasca operasi atau *Post Operative Nausea and Vomiting (PONV)* juga erat kaitannya dengan lama rawat pasien di ruang pemulihan, opname yang sebelumnya tidak direncanakan, serta meningkatnya biaya perawatan (Gan et al., 2020). Untuk jenis operasi yang berkaitan dengan peningkatan risiko PONV yaitu laparoskopi, bariatrik, operasi ginekologi, dan kolesistektomi (Firdaus et al., 2020).

### 3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pasca operasi

**Rasional** : sehari setelah operasi (H+1) pasien mengatakan tidak bisa tidur, pasien merasakan nyeri pada area operasi. Nyeri ditimbulkan dari prosedur operasi laparatomy dan ileostomy (*Provoking/P*), nyeri dirasakan seperti diiris-iris dan cekot-cekot (*Quality/Q*), nyeri dirasakan dilokalisir di area abdomen (*Regio/R*), pasien mengatakan skala nyeri 7 (*Severity/S*) dan nyeri dirasakan terus menerus (*Time/T*). Masalah gangguan tidur perlu di masukan dalam daftar masalah keperawatan dikarenakan saat tubuh istirahat/pasien bisa memenuhi kebutuhan istirahat disaat itulah terjadi proses regenerasi sel.

Pada Perawatan dan manajemen nyeri yang tidak adekuat dapat menimbulkan efek yang besar bagi pasien, seperti gangguan tidur,

kesulitan dalam mobilisasi, kegelisahan, dan agresif. Selain itu, manajemen nyeri post operasi yang tidak adekuat dapat juga menimbulkan efek psikologis bagi pasien, komplikasi dan menghambat penyembuhan, meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah, pengosongan lambung yang lambat sehingga menyebabkan mual dan muntah, serta terjadi perubahan sistem endokrin yang meningkatkan produksi adrenalin (Asdar et al., 2018).

4. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)

**Rasional** : saat dilakukan pengkajian, didapatkan fakta terdapat luka operasi di area abdomen dengan panjang insisi  $\pm 15$ cm (*mideline*) tertutup kasa steril dan hypafix. Selain itu terdapat stoma pada area kwadaran kanan bawah yang tertutup kantong stoma. Kerusakan kulit dan jaringan pada area abdomen karena prosedur operasi *laparatomy* dan *ileostomy* inilah yang menyebabkan gangguan integritas kulit.

Kerusakan integritas jaringan merupakan cedera pada membran mukosa, kornea, sistem integumen, fascia muskular, otot, tendon tulang, kartilago, kapsul, sendi dan ligament (Sjamsuhidajat, 2011).

5. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (*laparatomy dan ileostomy*)

**Rasional** : masalah ini diangkat karena terdapat insisi pada area abdomen dengan panjang  $\pm 15$ cm (*mideline*) tertutup kasa steril dan hypafix dan terdapat stoma pada area kwadran kanan bawah yang tertutup dengan kantong stoma. Data hasil pemeriksaan hematologi menunjukkan hasil

Leukosit  $16.02 \times 10^3/\mu\text{L}$  dengan nilai rujukan normal (4.00-10.00), kondisi tersebut kalau tidak mendapat perawatan yang maksimal akan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik yang akan menimbulkan pada area luka operasi.

Laparotomi yang dilakukan pada pasien kanker kolon sering disertai dengan pembuatan stoma dan drainase. Drain digunakan sebagai intervensi profilaksis untuk mengurangi atau menghilangkan darah, cairan atau nanah serta menghilangkan udara atau mengidentifikasi adanya kebocoran anastomosis (Gibson & Lillie, 2020). Drainase bedah menjadi salah satu faktor yang meningkatnya Morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi pasca operasi. Tindakan operasi laparotomi menjadi salah satu tindakan pembedahan yang sering terjadi komplikasi dan infeksi (Murwaningsih & Agung Waluyo, 2021). Studi menyatakan kejadian infeksi pasca laparotomi sebanyak 16,3% (55/337) (Alkaaki et al., 2019). Peran perawat dalam melakukan pencegahan komplikasi pasca operasi sangat dibutuhkan, Khususnya dalam manajemen pencegahan infeksi pasca bedah. Infeksi luka operasi (ILO) merupakan salah satu infeksi yang didapat di rumah sakit yang paling sering terjadi pada pasien bedah dan menyebabkan peningkatan morbiditas, mortalitas dan biaya.

### **4.3. Intervensi Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Tujuan intervensi keperawatan adalah tingkat nyeri pasien menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap



protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun dan pola pola tidur membaik.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk menurunkan nyeri akut tersebut adalah memonitor nyeri yang dirasakan pasien dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi respons nyeri nonverbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan dengan teknik relaksasi dan nafas dalam, memberikan edukasi tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, memberikan edukasi tentang strategi meredakan nyeri, tindakan kolaborasi pemberian analgetik.

2. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah

Tujuan intervensi keperawatan adalah fungsi gastrointestinal membaik, dengan kriteria hasil keluhan mual muntah menurun, nyeri Abdomen menurun dan jumlah residu cairan lambung saat aspirasi menurun

Intervensi keperawatan untuk meningkatkan fungsi gastrointestinal adalah memberikan nutrisi via enteral, memeriksa posisi *nasogastric tube* (NGT) dengan memeriksa residu lambung, memonitor rasa penuh, mual dan muntah, memonitor residu lambung tiap 4-6jam selama 24jam pertama, kemudian 8jam selama pemberian makan via enteral, memonitor pola buang air besar setiap 4-8jam, meninggikan kepala tempat tidur  $30-40^{\circ}$  selama pemberian makan dan kolaborasi pemilihan jenis dan jumlah makanan enteral

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pasca operasi

Tujuan intervensi keperawatan adalah diharapkan pola tidur pasien membaik, dengan kriteria hasil kesulitan tidur pasien menurun

Intervensi keperawatan untuk menurunkan kesulitan tidur pada pasien adalah mengidentifikasi aktifitas dan pola tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan dan juga menurunkan kuantitas dan kualitas nyeri

4. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)

Tujuan intervensi keperawatan adalah penyembuhan kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil penyatuan tepi luka meningkat, jaringan granulasi meningkat, edema pada sisi luka menurun, peradangan luka menurun dan nyeri menurun.

Intervensi keperawatan untuk meningkatkan penyembuhan kulit dan jaringan adalah memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi, membersihkan luka dengan cairan NaCl, memperhatikan teknik steril dalam perawatan luka, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dan berkolaborasi memberikan therapy antibiotik.

5. Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops *laparatomy* dan *ileostomy* (prosedur *invasif*)

Tujuan intervensi keperawatan adalah tidak terjadi infeksi, dengan kriteria hasil nyeri menurun, bengkak menurun dan kadar sel darah putih membaik

Intervensi keperawatan untuk mencegah terjadinya infeksi adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi

#### **4.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan kepada Tn.C saat berada di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mulai tanggal 6 sampai dengan 9 Desember 2022 yang mencakup kelima diagnosa keperawatan adalah mengecek kondisi umum pasien, mengukur tanda-tanda vital pasien, mengkaji keluhan pasien. Sedangkan implementasi keperawatan untuk masing-masing diagnosa meliputi :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap Tn.C mulai tanggal 6 sampai dengan 9 Desember 2022 adalah mengobservasi nyeri yang dialami pasien, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, mengedukasi pasien teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri (relaksasi nafas dalam) dan juga pemberian hasil kolaborasi pemberian analgesic (antrain1gr). Analgesik adalah obat yang digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit atau obat-obat penghilang nyeri tanpa menghilangkan kesadaran (Sandi et al., 2019). Rasa nyeri dapat ditangani dengan obat analgesik yang digolongkan menjadi analgesik opioid dan *Nonsteroidal anti-Inflammatory Drugs* (NSAID) yang pemilihannya tergantung dari tingkatan nyeri setiap individu. NSAID (*non-steroidal anti-*

*inflammatory drugs*) adalah obat yang mengurangi rasa sakit, demam, dan peradangan (Juwita et al., 2019).

Golongan obat analgesik dibagi menjadi dua yaitu analgesik opioid/narkotik dan analgetik non- narkotik. Analgesik opioid merupakan kelompok obat yang memiliki sifat-sifat seperti opium atau morfin. Golongan obat ini digunakan untuk meredakan atau menghilangkan rasa nyeri seperti pada fraktur dan kanker. Contoh : Metadon, Fentanil, Kodein. Obat Analgesik NonNarkotik dalam ilmu farmakologi juga sering dikenal dengan istilah Analgetik/Analgetika/ Analgesik Perifer. Analgetika perifer (non-narkotik), yang terdiri dari obat-obat yang tidak bersifat narkotik dan tidak bekerja sentral. Penggunaan Obat Analgetik Non-Narkotik atau Obat Analgesik Perifer ini cenderung mampu menghilangkan atau meringankan rasa sakit tanpa berpengaruh pada sistem susunan saraf pusat atau bahkan hingga efek menurunkan tingkat kesadaran (Mita & Husni, 2017).

Obat analgetik non-narkotik /Obat analgesik perifer ini juga tidak mengakibatkan efek adiksi pada penggunaannya. Obat-obat golongan analgetik dibagi dalam beberapa kelompok, yaitu: parasetamol, salisilat, (asetasol, salisilamida, dan benorilat), penghambat Prostaglandin (NSAID) ibuprofen, derivat-derivat antranilat (mefena-milat, asam niflumet glafenin, floktafenin, derivat-derivat pirazolinon (aminofenazon, isoprofil penazon, isoprofilaminofenazon), lainnya benzidamin. Obat golongan analgesic narkotik berupa, asetaminofen dan fenasetin. Obat golongan anti-inflamasi nonsteroid berupa aspirin dan salisilat lain, derivat asam propionate, asam indolasetat, derivat oksikam, fenamat, fenilbutazon (Mita & Husni, 2017)

Teknik relaksasi pernafasan merupakan suatu bentuk asuhan yang mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, tehnik relaksasi nafas juga dapat meningkatkan ventilasi alveoli dan meningkatkan oksigenasi darah. Sejauh ini relaksasi nafas dalam juga digunakan dalam manajemen stres, yakni sejenis terapi penanganan mental untuk menjauhkan tubuh dan pikiran dari stimulus luar (Lailiyah, 2019). Teknik dilakukan untuk menekan nyeri pada thalamus yang dihantarkan ke korteks cerebri dimana korteks cerebri sebagai pusat nyeri, yang bertujuan agar pasien dapat mengurangi nyeri selama nyeri timbul. Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan saat relaksasi adalah pasien harus dalam keadaan nyaman, pikiran pasien harus tenang dan lingkungan yang tenang. Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorphen yang berfungsi menghambat transmisi impuls nyeri sepanjang saraf sensoris dari nosiseptor saraf perifer ke kornu dorsalis kemudian ke thalamus, serebri, dan akhirnya berdampak pada menurunnya persepsi nyeri (Alit et al., 2021)

2. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah

Implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap Tn.C adalah kolaborasi pemasangan NGT no. 16 untuk mengurangi keluhan mual dan muntah, memonitor keefektifan pemasangan NGT untuk mendekompres lambung, mengobservasi cairan lambung yang keluar (jumlah dan warna),

mengobservasi mual dan muntah pasien serta kolaborasi pemberian therapy antiemetic (ondancetron 8mg).

Tujuan dari pemasangan NGT adalah untuk dekompresi lambung untuk mencegah terjadinya aspirasi, mual dan muntah dan mengurangi distensi abdomen. Ileus pasca operasi, distensi lambung, dan distensi abdomen adalah kejadian paling umum pada operasi abdomen. Ileus pasca operasi adalah terjadinya dua periode mual dan muntah. Ileus pasca operasi yang berkepanjangan dapat mengurangi kenyamanan pasien, meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan menambah lama tinggal di rumah sakit, biaya perawatan yang lebih tinggi, dan menunda asupan makanan pertama dan kegagalan mobilisasi (Firmanti et al., 2020). Ileus pasca operasi dapat meningkat karena stimulasi serat nyeri, stimulasi saraf simpatis berlebihan, dan respons stres yang dipengaruhi oleh pelepasan nitrat oksida, peptida vasoaktif usus, dan zat P. Mekanisme ini terjadi karena reaksi neurotransmitter yang dihambat pada abdomen yang dimanipulasi dan iritasi peritoneal. Gejala Ileus pasca operasi termasuk ketidaknyamanan perut, mual, dan muntah, yang merupakan penyebab utama keterlambatan diet enteral dan pemulihan pasien (Firmanti et al., 2020; Gan et al., 2014, 2020).

Ondancetron merupakan obat golongan antiemetik, yaitu obat yang digunakan untuk mencegah dan mengatasi mual dan muntah. Ondansetron bekerja dengan menghambat ikatan serotonin pada reseptor  $5HT_3$ , sehingga membuat penggunaanya tidak mual dan berhenti muntah (Katzung, 2014).

### 3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pasca operasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan tidur adalah memberikan lingkungan yang nyaman untuk mendukung kebutuhan istirahat pasien, berkolaborasi untuk pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri pasien dan mengobservasi pola istirahat pasien.

Pasien yang baru saja menjalani operasi, akan mengalami gangguan dalam tidur, pasien biasanya sering terbangun pada malam pertama setelah operasi, yang mengakibatkan periode pemulihan terganggu baik itu pemulihan segera maupun pemulihan berkelanjutan setelah fase post operasi serta proses penggantian sel-sel baru dan penyembuhan menjadi lambat (Potter, P.A., & Perry, 2010). Keluhan nyeri yang mengganggu kualitas tidur hingga membatasi pasien untuk melakukan mobilisasi menjadi masalah krusial yang dapat berdampak pada kualitas hidup dan lamanya hari perawatan (Murwaningsih & Agung Waluyo, 2021).

Pasien memerlukan lingkungan tidur yang nyaman dan ventilasi yang baik. Pencahayaan lampu dalam kamar pasien juga harus disesuaikan dengan keinginan pasien, pencahayaan yang baik untuk mengurangi insiden halusinasi penglihatan. Lingkungan yang memungkinkan anggota keluarga untuk tinggal bersama pasien karena kehadiran orang yang dikenal dapat menenangkan dan dapat memberikan efek penenangan lingkungan (Asdar et al., 2018). Potter & Perry (2010) mengatakan bahwa lingkungan fisik tempat seseorang tidur berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk tertidur. Suara, tingkat pencahayaan, suhu ruangan kamar dapat

mempengaruhi kualitas tidur. Tingkat cahaya dapat mempengaruhi kemampuan untuk tidur. Beberapa klien menyukai lingkungan yang gelap, sementara yang lain seperti anak-anak dan lansia menyukai cahaya remang yang tetap menyala selama tidur. Klien juga bermasalah tidur jika ruangan yang terlalu hangat dan ruangan terlalu dingin yang menyebabkan klien gelisah.

Analgesik adalah obat yang digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit atau obat-obat penghilang nyeri tanpa menghilangkan kesadaran (Sandi et al., 2019). Rasa nyeri dapat ditangani dengan obat analgesik yang digolongkan menjadi analgesik opioid dan *Nonsteroidal anti-Inflammatory Drugs* (NSAID) yang pemilihannya tergantung dari tingkatan nyeri setiap individu. NSAID (*non-steroidal anti-inflammatory drugs*) adalah obat yang mengurangi rasa sakit, demam, dan peradangan (Juwita et al., 2019).

#### 4. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mempercepat penyembuhan luka adalah memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi pada luka, memonitor kondisi kulit sekitar luka, melakukan teknik aseptik/steril saat perawatan luka, menganjurkan pasien untuk mengonsumsi tinggi kalori dan protein dan membersihkan luka dengan cairan NaCl.

Nutrisi yang mengandung tinggi kalori tinggi protein penting bagi pasien paska trauma, tetapi tidak semua pasien mengonsumsi nutrisi yang



disarankan oleh tim kesehatan lainnya. Adat dan tradisi merupakan dasar perilaku tersebut disebabkan karena adanya kepercayaan terhadap larangan-larangan pada zaman orang tua dahulu, dampak dari nutrisi kurang (malnutrisi) gizi buruk menyebabkan gangguan proses penyembuhan luka melalui proses inflamasi yang berkepanjangan dan menyebabkan penyembuhan luka yang lama, serta lama rawat yang berkepanjangan. (Gaster et al., 2022).

Menurut Kasim (2015) antibiotik digunakan untuk membunuh dan melemahkan bakteri pada infeksi saluran kemih, infeksi ginekologi, infeksi kulit dan jaringan kulit, dan lainnya. Tindakan yang dilakukan perawat untuk menangani masalah kerusakan integritas jaringan yaitu dengan perawatan luka, monitor karakteristik luka seperti luas luka, bau, ukuran, dan warna membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih yang tidak beracun. NaCl dipilih sebagai cairan pembersih luka karena bersifat isotonik, sehingga tidak mengganggu proses penyembuhan luka, selain itu air saline memiliki kadar toksik yang rendah dan tidak menyebabkan alergi atau perubahan eksistensi dikulit. Memberikan balutan luka dengan kasa sesuai dengan luas luka dan memperhatikan teknik balutan steril untuk menghindari resiko infeksi pada luka (Utami, 2018).

5. Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops laparatomy dan ileostomy (prosedur invasif)

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, melakukan cuci tangan

sebelum kontak dengan pasien, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan juga berkolaborasi pemberian antibiotik.

Komplikasi infeksi pasca pembedahan menjadi salah satu hambatan dalam proses penyembuhan luka akut seperti luka pasca operasi (Alkaaki et al., 2019). Tujuan cuci tangan adalah untuk menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan mengurangi jumlah mikroorganisme, riset menunjukkan bahwa mencuci tangan dengan sabun dapat membunuh bakteri yang terdapat ditangan dan dapat menurunkan resiko terjadinya infeksi (Kozier et al., 2010). Nutrisi yang mengandung tinggi kalori tinggi protein penting bagi pasien paska trauma, tetapi tidak semua pasien mengonsumsi nutrisi yang disarankan oleh tim kesehatan lainnya. Adat dan tradisi merupakan dasar perilaku tersebut disebabkan karena adanya kepercayaan terhadap larangan-larangan pada zaman orang tua dahulu, dampak dari nutrisi kurang (malnutrisi) gizi buruk menyebabkan gangguan proses penyembuhan luka melalui proses inflamasi yang berkepanjangan dan menyebabkan penyembuhan luka yang lama, serta lama rawat yang berkepanjangan. (Gaster et al., 2022). Menurut Kasim (2015) antibiotik digunakan untuk membunuh dan melemahkan bakteri pada infeksi saluran kemih, infeksi ginekologi, infeksi kulit dan jaringan kulit, dan lainnya.

#### **4.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan yang dilakukan untuk melihat hasil dari implementasi keperawatan selama 4 hari perawatan (6 s.d 9 Desember 2022) adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Evaluasi post operasi H+4 (9 Desember 2022) setelah dilakukan intervensi keperawatan berupa tindakan independent, dependent maupun kolaborasi, didapatkan hasil bahwa nyeri yang dirasakan pasien berkurang (skala 7 menjadi skala 5), kesadaran composmentis, tekanan darah 120/80mmHg, Nadi 80x/menit, RR 20x/menit, pasien menunjukkan perilaku yang tenang tidak gelisah, kegiatan yang berfokus pada diri sendiri sudah tidak ada, pasien mampu mengaplikasikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengontrol nyeri disamping penggunaan obat analgesik. Namun demikian intervensi tetap dilaksanakan guna mencapai respon pasien yang lebih adaptif.

2. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam mulai tanggal 6 s.d 9 Desember 2022 didapatkan data, setelah pemasangan NGT No.16 (7 Desember 2022) pasien mengatakan lega dan mualnya berkurang setelah keluar cairan lambung berwarna hijau, cairan keluar 1 liter berwarna hijau. Pasien mendapat diit cair sejumlah 3x200cc dan pasien dapat minum susu tanpa disertai mual dan muntah. Pada hari ketiga post operasi (8 Desember 2022) pasien masih masih terpasang NGT untuk dekompresi lambung, cairan yang keluar 300ml berwarna hijau muda dan pasien bisa minum susu 3 x 200cc. di hari keempat post operasi (9 Desember 2022), NGT masih terpasang dekompresi lambung keluar 150ml

dan berwarna hijau muda. Diit cair masih diberikan 3x200cc dan pasien mengatakan tidak mual dan muntah lagi.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pasca operasi

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam mulai tanggal 6 s.d 9 Desember 2022 didapatkan data bahwa pasien sudah bisa istirahat dikarenakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang (skala 5). Kesadaran composmentis, GCS E4M6V5, tekanan darah 100/80mmHg, Nadi 80x/menit dan RR 20x/menit.

4. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan prosedur invasif (pembedahan)

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam mulai tanggal 6 s.d 9 Desember 2022 didapatkan data, setelah lakukan perawatan luka pada hari ke 4 post operasi (8 Desember 2022) keadaan luka operasi bersih, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, kulit sekitar luka bersih, gatal-gatal pada luka tidak ditemukan, nyeri sekitar luka minimal. Kulit sekitar stoma tidak ditemukan iritasi.

5. Risiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka post ops *laparatomy* dan *ileostomy* (prosedur *invasif*)

Hasil evaluasi setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 4 hari (mulai tanggal 6 s.d 9 Desember 2022) didapatkan data bahwa tidak terdapat kemerahan dan gatal pada luka operasi, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi (rubor, color, dollor dan fungsioleisa), luka bersih, sudah dilakukan perawatan luka, nyeri yang dirasakan pasien berkurang (skala 5).

## BAB 5

### PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *post ops ileostomy* H+1 di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### 5.1. Simpulan

1. Pada pengkajian pasien mengalami keluhan tidak bisa BAB selama 5 hari sebelum masuk rumah sakit, dari hasil pemeriksaan Colon In Loop didapatkan hasil suspect massa intra abdomen. Pasien menjalani operasi pada tanggal 5 Desember 2022 dengan rencana tindakan *hemicolectomy*. Dari rencana awal tindakan karena terdapat *adhesi*/perlengketan pada massa, tindakan yang bisa dilakukan adalah ileostomy dan pembuatan stoma. Post operasi tersebut, pasien mengeluhkan nyeri dengan skala 7, terlokalisir di area abdomen, nyeri terjadi terus menerus dan disebabkan karena luka operasi. Selain hal tersebut pasien juga mengeluhkan mual disertai muntah. Pasien juga mengalami gangguan pola istirahat disebabkan rasa nyeri akibat luka operasi. Pada abdomen didapatkan luka operasi (*midline*) dengan jahitan sepanjang  $\pm 15$ cm tertutup kassa dan verband, juga terdapat stoma pada kwadran perut kanan bawaah.

2. Pada pasien ini muncul beberapa diagnosa keperawatan, antara lain : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), risiko defisit nutrisi dibuktikan pasien mengalami mual dan muntah, Gangguan integritas kulit dan jaringan

berhubungan dengan prosedur invasive dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (*laparatomy dan ileostomy*)

3. Perencanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan menurun keluhan nyeri pasien, mual muntah pasien menurun, kesulitan tidur pasien menurun, luka dapat sembuh dan tidak terjadi infeksi.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor keadaan umum pasien, memonitor tanda-tanda vital pasien, memberikan tindak non farmakologis dan farmakologis untuk menurunkan keluhan nyeri, memonitor intake nutrisi, berkolaborasi memberikan therapy antiemetic dan antibiotik, melakukan perawatan luka dan perawatan stoma.

5. Hasil evaluasi pada tanggal 9 Desember 2022, pasien mengatakan keluhan nyeri mengalami penurunan dari skala 7 menjadi skala 5, tekanan darah 120/80mmHg, Nadi:80x/menit, suhu:36,5<sup>0</sup>C, RR:20x/menit, pasien dapat mempraktekan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengendalikan nyeri, pasien sudah tidak mual dan muntah, pasien sudah pola istirahat tidur pasien membaik, luka operasi bersih, edema sekitar luka menurun, tidak ada tanda kemerahan dan gatal sekitar luka, kulit sekitar stoma bersih, tidak ada tanda-tanda iritasi/kemerahan.

6. Dokumentasi asuhan keperawatan pada Tn.C dengan post ops ileostomy H+1 dilakukan selama 4 x 24jam, dimulai tanggal 6 Desember s.d 9 Desember 2022.

## 5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut ;

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan post operasi ileostomy.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan bidang manajemen perawatan pada pasien post operasi.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan yang komprehensif.
6. Pasien *post ops* dengan Kanker Kolorektal, hendaknya ditempatkan diruangan yang mudah dipantau dari *nurse stasion*, karena seringkali pasien tersebut membutuhkan *total care* dalam perawatan, sehingga dengan penempatan yang mudah di observasi perawat, perawatan secara komprehensif dapat diberikan dengan lebih optimal.

## Daftar Pustaka

- Alit, K., Wiguna, A., Ngurah, I. G., Aribawa, M., Wayan, I., Agung, G., Studi, P., Kedokteran, S., Kedokteran, F., Smf, B., Intensif, T., & Kedokteran, F. (2021). *GAMBARAN INTENSITAS NYERI PASIEN PASCA-OPERASI abdomen bawah di RSUP Sanglah . Desain penelitian ini merupakan deskriptif cross- medis pasien pasca operasi abdomen bawah di RSUP Sanglah periode Januari hingga Juli Pain reporting is very subjective . Many . 10(8), 4–8.*
- Alkaaki, A., Al-Radi, O. O., Khoja, A., Alnawawi, A., Alnawawi, A., Maghrabi, A., Altaf, A., & Aljiffry, M. (2019). Surgical site infection following abdominal surgery: a prospective cohort study. *Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien de Chirurgie, 62(2), 111–117.* <https://doi.org/10.1503/cjs.004818>
- Almatsier, S. (2013). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT. Gramedia Pustaka Utama.
- American Cancer Society. (2020). Colorectal Cancer Facts & Figures 2020-2022. *Atlanta: American Cancer Society, 66(11), 1–41.*
- Arisdiani, T., & Asyrofi, A. (2019). Gambaran Mual Muntah dan Stres pada Pasien Post Operasi. *Community of Publishing in Nursing, 7(3), 8.* <https://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/view/55791>
- Asdar, F., Nani, S., & Makassar, H. (2018). Hubungan Intensitas Nyeri Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di Rsud Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis, 12, 2302–2531.*
- Astriani, ni made dwi yunica, & Putra, made mahaguna. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah I.*
- Aulawi, T. (2013). Hubungan Konsumsi Daging Merah dan Gaya Hidup. *Kutubkhanah, 16(1), 37–45.*
- Beissner, F., Brandau, A., Henke, C., Felden, L., Baumgärtner, U., Treede, R.-D., Oertel, B. G., & Lötsch, J. (2010). Quick discrimination of A(delta) and C fiber mediated pain based on three verbal descriptors. *PloS One, 5(9), e12944.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012944>
- Black & Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah* (8th ed.). Salemba Medika.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 394–424.* <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Casciato DA. (2015). *Manual of Clinical Oncology.*
- Cing, M. T. G. C., Hardiyani, T., & Hardini, D. S. (2022). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Mual Muntah Post Operasi. *Poltekita : Jurnal Ilmu Kesehatan, 16(1), 16–21.* <https://doi.org/10.33860/jik.v16i1.537>
- Dwijayanthi, N. K. A., Dewi, N. N. A., Mahayasa, I. M., Wayan, I., & Surudarma. (2020). 60677-205-154014-1-10-20200611. *Jurnal Medika Udayana, 9(6), 55–62.*
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer, 136(5), E359-86.* <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>



- Firdaus, R., Britta, D., & Setiani, H. (2020). Perbedaan Tatalaksana Mual Muntah Pasca Operasi pada Konsensus Terbaru : Tinjauan Literatur Differences in the Management of Postoperative Nausea and Vomiting in the Latest Consensus : Literature Review. *MACC Majalah Anestesia & Critical Care*, 40(1), 58–64. <https://doi.org/10.55497/majanestcricar.v40i1>
- Firmanti, T. A., Sukartini, T., & Krisnana, I. (2020). A review on reducing the incidence of postoperative ileus by chewing gum, consuming coffee or warm water post abdominal surgery. *Medisains*, 18(1), 24. <https://doi.org/10.30595/medisains.v18i1.6901>
- Galas, A., Augustyniak, M., & Sochacka-Tatara, E. (2013). Does dietary calcium interact with dietary fiber against colorectal cancer? A case-control study in Central Europe. *Nutrition Journal*, 12, 134. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-12-134>
- Gan, T. J., Belani, K. G., Bergese, S., Chung, F., Diemunsch, P., Habib, A. S., Jin, Z., Kovac, A. L., Meyer, T. A., Urman, R. D., Apfel, C. C., Ayad, S., Beagley, L., Candiotti, K., Englesakis, M., Hedrick, T. L., Kranke, P., Lee, S., Lipman, D., ... Philip, B. K. (2020). Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia and Analgesia*, 131(2), 411–448. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>
- Gan, T. J., Diemunsch, P., Habib, A. S., Kovac, A., Kranke, P., Meyer, T. A., Watcha, M., Chung, F., Angus, S., Apfel, C. C., Bergese, S. D., Candiotti, K. A., Chan, M. T., Davis, P. J., Hooper, V. D., Lagoo-Deenadayan, S., Myles, P., Nezat, G., Philip, B. K., & Tramèr, M. R. (2014). Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia and Analgesia*, 118(1), 85–113. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000002>
- Gaster, P., Icu, D. I., & Studi, S. (2022). *Nursing Care Post Operation Laparotomy Peritonitis Gaster Performance In Icu : I*, 110–117.
- Gibson, S. L., & Lillie, A. K. (2020). Effective drain care and management in community settings. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 35(8), 60–66. <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11389>
- Hapsari, P. K., & Murbawani, E. A. (2016). Hubungan Asupan Serat, Lemak Dan Kalsium Dengan Kejadian Karsinoma Kolorektal Di Semarang. *Journal of Nutrition College*, 5(4), 461–468.
- Hidayati, A. O., Lengkong, A. R. A., Arifah, S., & Nafilata, I. (2020). Efektifitas Pendidikan Kesehatan Dalam Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat Tentang Pemeriksaan Colon In Loop. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Mulawarman (JKMM)*, 2(2), 83. <https://doi.org/10.30872/jkmm.v2i2.4764>
- Indonesia, K. M. K. R. (2018). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kanker Kolorektal*. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Johnson, C. M., Wei, C., Ensor, J. E., Smolenski, D. J., Amos, C. I., Levin, B., & Berry, D. A. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes & Control : CCC*, 24(6), 1207–1222. <https://doi.org/10.1007/s10552-013-0201-5>
- Jumalang, F., Rotty, L. W. A., & Panda, A. L. (2015). Gambaran Kadar Hematokrit Dan Hemoglobin Pada Kejadian Infark Miokard Akut (Ima) Di

- Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari - Agustus 2014. *E-CliniC*, 3(1), 282–288. <https://doi.org/10.35790/ecl.3.1.2015.6831>
- Juwita, D. R., Faradani, N., & Wibowo, M. I. N. A. (2019). Studi Penggunaan Obat Analgesik pada Pasien Pasca Partus Pervaginal dan Sectio Caesarea di RSUD Bunda Purwokerto. *PHARMACY: Jurnal Farmasi Indonesia (Pharmaceutical Journal of Indonesia)*, 16(2), 265. <https://doi.org/10.30595/pharmacy.v16i2.5627>
- Kanellos, D., Kitsios, G., Kanellos, I., Demetriades, H., Pramateftakis, M. G., Angelopoulos, S., & Betsis, D. (2004). Anaemia as a symptom of right colon cancer. *Techniques in Coloproctology*, 8 Suppl 1, s62-4. <https://doi.org/10.1007/s10151-004-0114-0>
- Kasim. (2015). *Indonesia Informasi Spesialte Obat*. ikatan sarjana farmasi indonesia.
- Katzung, B. . (2014). *Farmakologi: Dasar dan Klinik* (Edisi 12 V). EGC.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan\_Nasional\_RKD2018\_FINAL.pdf. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 674). [http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf)
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan 1*. 568. <http://r2kn.litbang.kemkes.go.id:8080/handle/123456789/74694>
- Lailiyah, S. R. (2019). Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Pijatan Effleurage terhadap penurunan skala nyeri pada post sectio caesarea. *NURSING UPDATE : Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan P-ISSN : 2085-5931 e-ISSN : 2623-2871*, 1(1), 61–69. <https://doi.org/10.36089/nu.v1i1.37>
- Minhajati, R. (2020). *Kanker Kolorektal: Patofisiologi, Gambaran Klinis Dan Histologi*.
- mira andika, E. al. (2019). Penyuluhan Pemberian Footmassage Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Abdimas Sainatika*, 2(2), 73–77. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>
- Mita, R. S., & Husni, P. (2017). Pemberian Pemahaman Mengenai Penggunaan Obat Analgesik Secara Rasional Pada Masyarakat Di Arjasari Kabupaten Bandung. *Aplikasi Ipteks Untuk Masyarakat*, 6(3), 193–194.
- Muhammad. (2015). *Perbandingan Nyeri yang terjadi 24 jam Pasca Operasi Penderita yang Diberikan Anestesia Umum dan Anestesia Spinal*. 3.
- Murphy, P., Petersen, G., Thibodeau, S., & Fishel, R. (2000). Genetic testing for colon cancer: Joint statement of the American College of Medical Genetics and American Society of Human Genetics. In *Genetics in Medicine* (Vol. 2, Issue 6, pp. 362–366). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00125817-200011000-00012>
- Murwaningsih, E., & Agung Waluyo. (2021). Manajemen Perawatan Luka Akut. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3, 546–554.
- Nenoharan, R. A., & Rusmawati, A. (2020). Analisis Peran Perawat Dalam Mengatasi Kejadian Infeksi Luka Operasi (ILO) Di RSUD Gambiran Kota Kediri. *Journal of Health Science Community*, 1(Vol. 1 No. 1 (2020): August), 2. <https://issn.lipi.go.id/terbit/detail/1597078716>

- Nursanty, O. E., & Arofiati, F. (2020). Penerapan Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka Bersih melalui Pelatihan Perawatan Pasca Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 19(01), 29–37. <https://doi.org/10.33221/jikes.v19i01.532>
- P2PTM Kemenkes RI. (2019). Apa itu Kanker? - Direktorat P2PTM. In *05 Februari* (pp. 1–1). <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-kanker-dan-kelainan-darah/apa-itu-kanker>
- Padang, M. S., & Rotty, L. (2020). Adenokarsinoma Kolon: Laporan Kasus. *E-CliniC*, 8(2), 229–236. <https://doi.org/10.35790/ecl.v8i2.30539>
- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Paramita, Isabela A., Maulahela, H., & W., & K. (2018). *Colorectal cancer: Epidemiological Trends, Screening, and Inheritability*. Departemen Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/RSU Dr.Cipto Mangunkusumo.
- Pebrianty. (2015). Umur, Komordibitas , dan Metastasis dalam Penentuan Kondisi Pasien Kanker Kolorektal di Kota Makassar. *Jurnal IKESMA*, 12(1), 46–52.
- Potter, P.A., & Perry, A. . (2010). *Fundamental keperawatan edisi 7*. (7th ed.). Salemba Medika.
- Pratama, K. P., & Adrianto, A. A. (2019). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kanker Kolorektal Stadium Iii Di Rsup Dr Kariadi Semarang. *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 8(2), 768–784.
- Rahmatia, A. Y., & Ernawati, R. (2020). Hubungan riwayat keluarga dan riwayat merokok dengan jenis kanker di ruang kemoterapi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Borneo Student Research (BSR)*, 1(3), 1604–1609. <https://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/view/1036>
- Rutkow, I. M. (2000). Colorectal surgery. In *Archives of Surgery* (Vol. 135, Issue 1, p. 97). <https://doi.org/10.1001/archsurg.135.1.97>
- Sabngatun, S., & Sari, A. N. (2018). Hubungan Antara Status Gizi Dengan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Trimester Iii. *Avicenna: Journal of Health Research*, 1(1), 55–65. <https://doi.org/10.36419/avicenna.v1i1.196>
- Sandi, Wardoyo, A. V., & Zakiah Oktarlina, R. (2019). LITERATURE REVIEW Tingkat Pengetahuan Masyarakat Terhadap Obat Analgesik Pada Swamedikasi Untuk Mengatasi Nyeri Akut. *Association Between the Level of Public Knowledge Regarding Analgesic Drugs And Self-Medication in Acute Pain*, 10(2), 156–160. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.138>
- Saputra, S., Waluyo, A., & Widakdo, G. (2020). Edukasi Seksual Dengan Media Visual Terhadap Peningkatkan Pemahaman Cara Pemenuhan Kebutuhan Seksual Pada Ostomate. *Indonesian Journal of Nursing Science and Practice*, 3(1), 1–6.
- Sayuti, M., & Nouva, N. (2019). Kanker Kolorektal. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 5(2), 76. <https://doi.org/10.29103/averrous.v5i2.2082>
- Schwartz. (2015). *Intisari Prinsip-Prinsip Ilmu Bedah*. (6th ed.). EGC.
- Siegel, R., Desantis, C., & Jemal, A. (2014). Colorectal cancer statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(2), 104–117. <https://doi.org/10.3322/caac.21220>
- Sjamsuhidajat, R. (2011). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. EGC.
- Slavin, J. L. (2013). Carbohydrates, dietary fiber, and resistant starch in white

- vegetables: links to health outcomes. *Advances in Nutrition (Bethesda, Md.)*, 4(3), 351S-5S. <https://doi.org/10.3945/an.112.003491>
- Smeltzer & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (Edisi 8). EGC.
- Sugiyanto. (2020). Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Melalui Teknik Relaksasi Genggam Jari di RSUD Sawerigading Palopo. *Jurnal Kesehatan Luwu Raya*, 6(2), 2–6.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tamba, E. (2012). Karsinogenesis Kanker Kolorektal, Hubungannya dengan Diet dan Mikroflora Usus. In *Jurnal Kedokteran Meditek* (Vol. 18, Issue 48, pp. 25–34).
- Tambunan. (2016). *Diagnosis dan Tata Laksana Sepuluh Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia*. EGC.
- Thrumurthy, S. G., Thrumurthy, S. S. D., Gilbert, C. E., Ross, P., & Haji, A. (2016). Colorectal adenocarcinoma: risks, prevention and diagnosis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 354, i3590. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3590>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : definisi dan indikator diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. In *Dpp Ppni*. Dewan Persatuan Pusat Pengurus Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. In *Dewan Pengurus Pusat PPNI* (Vol. 49, Issue 5).
- Utami, A. D. (2018). *REAL in Nursing Journal ( RNJ )*. 1(3).
- Widhyasih, R. M., Rahmadhanti, S. D., & Fajrunni'mah, R. (2019). Carcinoembryonic Antigen (CEA) dan Neutrofil-to-Limfosit Ratio (NLR) sebagai Faktor Prediktif Kanker Kolorektal. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 7(1), 68–76. <https://doi.org/10.32668/jitek.v7i1.223>
- Widiyana, E. (2021). *Kasus Kanker di Surabaya Tahun 2020 Sebanyak 2.619 Pasien*.
- Zannah, S. J., Murti, I. S., & Sulistiawati, S. (2021). Hubungan Usia dengan Stadium Saat Diagnosis Penderita Kanker Kolorektal di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 3(5), 701–705. <https://doi.org/10.25026/jsk.v3i5.629>

## DAFTAR LAMPIRAN

### Lampiran 1

#### STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PERAWATAN LUKA

1. Definisi

Perawatan luka adalah tindakan merawat luka dan melakukan pembalutan dengan upaya mencegah infeksi silang (masuk melalui luka) dan mempercepat proses penyembuhan luka

2. Manfaat

- a. Mempercepat proses penyembuhan luka
- b. Mengurangi jumlah bakteri
- c. Mengurangi resiko infeksi
- d. Nekrotomi jaringan sampai debridemen
- e. Mengurangi resiko bau pada luka

3. Ruang Lingkup

- a. Indikasi : luka gangren diabetik yang kotor dan bersih
- b. Kontraindikasi : tidak ada

4. Prosedur

- a. Fase Orientasi :
  - 1) Salam terapeutiuk
  - 2) Evaluasi/ validasi kondisi klien
  - 3) Kontrak : topik, waktu/tempat
- b. Fase Kerja
  - 1) Persiapan alat
    - (a) Steril : pinset anatomis, pinset cirugi, klem arteri, gunting jaringan, sarung tangan steril, kasa secukupnya
    - (b) Korentang dalam tempatnya
    - (c) Tidak steril : pinset anatomis (bersih), larutan NaCl 0,9%, perlak/pengalas, verban elastis, sarung tangan (bersih), kantong plastik, kasa gulung, antiseptic (jika perlu), bengkok

- 2) Persiapan klien
  - (a) Mengkaji klien terhadap tindakan yang akan dilakukan
  - (b) Memberitahu dan menjelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- 3) Cara kerja
  - (a) Cuci tangan dan atur peralatan
  - (b) Mengatur posisi klien sesuai kebutuhan (nyaman)
  - (c) Memasang pengalas dibawah luka klien
  - (d) Letakkan kantong plastik didekat klien
  - (e) Memakai sarung tangan bersih. Buka balutan dengan pinset bersih, bersihkan daerah bekas plester (bila ada), bila cairan lengket basahi dulu dengan NaCl 0,9% dan angkat secara hati-hati. Kemudian letakkan pinset dan sarung tangan kotor di bengkok
  - (f) Kaji karakteristik luka : luas luka, ada tidaknya eksudat, jaringan nekrotik, jaringan granulasi, warna kulit sekitar luka, ada tidaknya edema
  - (g) Ganti sarung tangan dengan sarung tangan steril
  - (h) Bersihkan luka :
    - (1) Bila luka bersih dan berwarna kemerahan gunakan cairan NaCl 0,9%
    - (2) Bila luka infeksi, gunakan cairan NaCl 0,9% dan antiseptic iodine 10%
    - (3) Bila luka kehitaman/ada jaringan nekrotik, gunakan NaCl 0,9% dan lakukan nekrotomi 95
    - (4) Bila luka sudah berwarna merah, hindari jangan sampai berdarah
    - (5) Bila ada eksudat, lakukan masase kearah luka
    - (6) Bila ada sinus lubang, lakukan irigasi dengan NaCl 0,9% dengan kemiringan sudut 45° sampai bersih
  - (i) Lakukan penutupan luka (cara konvensional) : bila luka bersih tutup luka dengan kain kassa yang telah dibasahi

dengan NaCl 0,9% dan diperas sehingga kassa menjadi lembab. Pasang kassa lembab sesuai dengan luas luka lalu tutup dengan kassa kering lalu balut dengan kassa gulung. Bila luka infeksi tutup luka dengan kassa lembab NaCl 0,9% dan betadin 10% lalu tutup dengan kassa kering dan balut dengan kassa gulung

- (j) Atur kembali posisi klien yang nyaman dan memungkinkan aliran darah ke perifer dan daerah luka lancar
- (k) Merapikan alat
- (l) Melepaskan sarung tangan dan cuci tangan

c. Fase Terminasi

- 1) Evaluasi hasil kegiatan
- 2) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- 3) Akhiri kegiatan dengan baik
- 4) Cuci tangan

d. Dokumentasi

- 1) Catat waktu pelaksanaan tindakan
- 2) Catat respon pasien dan karakteristik luka
- 3) Paraf dan nama perawat juga

5. Referensi :

Murwaningsih, E., & Agung Waluyo. (2021). *Manajemen Perawatan Luka Akut*. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3, 546–554.