**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS *MALIGNANT NEOPLASM OF RECTOSIGMOID* DI RUANG OK CENTRAL RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**FARAH NISRINA PUTRI A., S.Kep**

**NIM. 2130057**

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

**2022**

# **KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS *MALIGNANT NEOPLASM OF RECTOSIGMOID* DI RUANG OK CENTRAL RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan**



**Oleh :**

**FARAH NISRINA PUTRI A., S.Kep**

**NIM. 2130057**

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

**2022**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

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

Surabaya, 06 Juli 2022

Farah Nisrina Putri A., S.Kep NIM. 2130057

**SURAT PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Farah Nisrina Putri A., S.Kep.

NIM 2130057

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Malignant Neoplasm Of Rectosigmoid di Ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, akan kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**PROFESI NERS (Ns)**

Surabaya, 06 Juli 2022

Pembimbing II

**Kukuh Widodo S. Psi., S. Kep., Ns.**

**NIP. 197305181994031006**

Pembimbing I

**Merina Widyastuti S. Kep., Ns., M. Kep**

**NIP. 03033**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Tanggal : 06 Juli 2022

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Farah Nisrina Putriastuty S.Kep

NIM : 2130057

Program Studi : Profesi Ners

Judul KTI : “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Ny. S Dengan Diagnosa Medis *Maglinant Neoplasm Of Rectosigmoid* Di Ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya”

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Rabu, 06 Juli 2022

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan Lulus dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada Prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp. Kep.MB

NIP. 03020

Penguji II : Merina Widyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIP.03033

Penguji III : Kukuh Widodo, S. Psi., S. Kep., Ns.

NIP. 197305181994031006

Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA

Ka Prodi Profesi Ners Keperawatan

Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns, M.Kep.

NIP. 03.009

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

**KATA PENGANTAR**

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

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh 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. Kolonel Laut (K) dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M, selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di RSPAL dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Sp. Kep,MB selaku Kepala Program Studi Prodi Ners Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp. Kep. MB, selaku penguji I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
5. Merina Widyatusti, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji II dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Kukuh Widodo, S. Psi., S. Kep., Ns. selaku penguji III dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
7. 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 penulisannya.
8. Pasien Ny. S yang telah berkenan menjadi pasien kelolaan, pengumpulan data dan juga pemberian tindakan keperawatan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Kedua orang tua dan keluarga tersayang yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan terimakasih atas doa dan dukungannya.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 04 Juli 2022

Penulis

**DAFTAR ISI**

[**COVER DALAM** i](#_Toc107860226)

[**SURAT PERNYATAAN** ii](#_Toc107860229)

[**SURAT PERSETUJUAN** iii](#_Toc107860230)

[**HALAMAN PENGESAHAN** iv](#_Toc107860232)

[**KATA PENGANTAR** v](#_Toc107860233)

[**BAB 1**](#_Toc107860234) [**PENDAHULUAN** 1](#_Toc107860235)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc107860236)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc107860237)

[1.3 Tujuan Penelitian 3](#_Toc107860238)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc107860239)

[1.3.2 Tujuan Khusus 3](#_Toc107860240)

[1.4 Manfaat Penelitian 5](#_Toc107860241)

[1.4.2 Manfaat Praktis 5](#_Toc107860242)

[1.5.1 Metode 5](#_Toc107860249)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 6](#_Toc107860250)

[1.5.3 Sumber data 6](#_Toc107860251)

[1.6 Sistematika Penulisan 6](#_Toc107860252)

[**BAB 2**](#_Toc107860253) [**TINJAUAN PUSTAKA** 8](#_Toc107860254)

[2.1 Konsep Kanker Rectosigmoid 8](#_Toc107860255)

[2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Kolon dan Rektum 8](#_Toc107860256)

[2.1.2 Fisiologi Kolon dan Rektum 10](#_Toc107860267)

[2.1.3 Definisi Kanker Kolorektal 11](#_Toc107860275)

[2.1.4 Etiologi 12](#_Toc107860281)

[2.1.5 Patofisiologi 14](#_Toc107860301)

[2.1.6 Tanda dan Gejala 16](#_Toc107860311)

[2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 18](#_Toc107860328)

[2.1.8 Penatalaksanaan umum 20](#_Toc107860344)

[2.2 Konsep Perioperatif 21](#_Toc107860351)

[2.2.1 Fase Pembedahan Perioperatif 23](#_Toc107860353)

[2.2.2 Proses Keperawatan dan Pasien Bedah 23](#_Toc107860355)

[2.2.3 Jenis dan Indikasi Pembedahan 23](#_Toc107860357)

[2.2.4 Kondisi Medis yang dapat meningkatkan risiko operasi 24](#_Toc107860358)

[2.2.5 Pembiusan / Anestesi Dalam Pembedahan 27](#_Toc107860360)

[2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Kanker Rectosigmoid 30](#_Toc107860368)

[2.3.1 Pengkajian 30](#_Toc107860369)

[2.3.2 Pengkajian Primary Survey Pre Operasi Kanker Rectocsigmoid 30](#_Toc107860371)

[2.3.3 Secondary Survey Pre Operasi Kanker Rectosigmoid 30](#_Toc107860372)

[2.3.4 Fisik Head To Toe Pre Operasi Pasien Kanker Rectosigmoid 31](#_Toc107860373)

[2.3.5 Pengkajian Primary Survey Intra Operasi Kanker Rectocsigmoid 33](#_Toc107860374)

[2.3.6 Pengkajian Secondary Survey Intra Operasi Kanker Rectosigmoid 33](#_Toc107860375)

[2.3.7 Pemeriksaan Fisik Head To Toe Intra Operasi Kanker Rectosigmoid 34](#_Toc107860376)

[2.3.8 Pengkajian Primary Survey Post Operasi Kanker Rectocsigmoid 36](#_Toc107860377)

[2.3.9 Pengkajian Secondary Survey Post Operasi Kanker Rectosigmoid 37](#_Toc107860378)

[2.3.10 Pemeriksaan Fisik Head To Toe Post Operasi Kanker Rectosigmoid 37](#_Toc107860379)

[2.3.11 Diagnosa Keperawatan 39](#_Toc107860380)

[2.3.12 Intervensi Keperwatan 40](#_Toc107860381)

[a. Post Operasi Kanker Rectosigmoid 40](#_Toc107860382)

[b. Intra Operasi 43](#_Toc107860383)

[c. Post Operasi 44](#_Toc107860384)

[2.3.13 Intervensi Keperwatan 46](#_Toc107860385)

[2.3.14 Intervensi Keperwatan 46](#_Toc107860386)

[2.4. Kerangka Masalah Keperawatan( WOC ) 47](#_Toc107860387)

[**BAB 3**](#_Toc107860389) [**TINJAUAN KASUS** 48](#_Toc107860390)

[3.1 Pengkajian 48](#_Toc107860391)

[3.1.1 Identitas 48](#_Toc107860392)

[3.1.2 Keluhan Utama 48](#_Toc107860394)

[3.1.3 Alasan Kunjungan Ke Rumah Sakit 48](#_Toc107860396)

[3.1.4 Riwayat Penyakit Sekarang 48](#_Toc107860398)

[3.1.5 Riwayat Penyakit Dahulu 49](#_Toc107860402)

[3.1.6 Riwayat Penyakit Keluarga 50](#_Toc107860404)

[3.1.7 Genogram 50](#_Toc107860406)

[3.1.8 Riwayat Alergi 50](#_Toc107860414)

[3.19 Pemeriksaan Fisik Pre Operasi 50](#_Toc107860416)

[3.1.20 Sign In 53](#_Toc107860442)

[3.1.21 Time Out 53](#_Toc107860443)

[3.1.22 Sign Out 54](#_Toc107860444)

[3.1.23 Tindakan Operasi : Low Anterior Resection Hartman Procedure dengan Colostomi 54](#_Toc107860445)

[3.1.24 Pemeriksaan Penunjang 54](#_Toc107860446)

[3.1.25 Terapi Obat 56](#_Toc107860454)

[3.1.26 Analisa Data Pre Operasi 57](#_Toc107860455)

[3.1.27 Prioritas Masalah Pre Operasi 57](#_Toc107860456)

[3.1.28 Intervensi Keperawatan Pre Operasi 58](#_Toc107860459)

[3.1.29 Implementasi Pre Operasi 60](#_Toc107860460)

[3.1.30 Analisa Data Intra Operasi 61](#_Toc107860461)

[3.1.33 Prioritas Masalah Intra Operasi 62](#_Toc107860462)

[3.1.22 Intervensi Intra Operasi 63](#_Toc107860465)

[3.1.23 Intervensi Intra Operasi 64](#_Toc107860466)

[3.1.24 Implementasi Intra Operasi 66](#_Toc107860467)

[3.1.25 Analisa Data Post Operasi 71](#_Toc107860468)

[3.1.26 Intervensi Keperawatan Post Operasi Kanker Rectosigmoid 72](#_Toc107860469)

[3.1.27 Implementasi Post Operasi Kanker Rectosigmoid 73](#_Toc107860470)

[**BAB 4**](#_Toc107860471) [**PEMBAHASAN** 75](#_Toc107860472)

[4.1 Pengkajian 75](#_Toc107860473)

[4.1.1 Pengkajian 75](#_Toc107860476)

[4.1.2 Pemeriksaan Penunjang 79](#_Toc107860494)

[4.1.3 Terapi Obat 80](#_Toc107860496)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 80](#_Toc107860498)

[4.3 Implementasi Pre, Intra dan Post Operasi Kanker Rectosigmoid 82](#_Toc107860505)

[**BAB 5**](#_Toc107860511) [**PENUTUP** 85](#_Toc107860512)

[5.1 Simpulan 85](#_Toc107860513)

[5.2 Saran 86](#_Toc107860514)

[5.1.1 Bagi Rumah Sakit 86](#_Toc107860515)

[5.1.2 Bagi Perawat 86](#_Toc107860516)

[5.1.3 Bagi penulis 86](#_Toc107860517)

[5.1.4 Bagi Pasien dan Keluarga 86](#_Toc107860518)

[**DAFTAR PUSTAKA** 87](#_Toc107860519)

**DATAR TABEL**

[Tabel 3.1 Hasil laboratorium darah lengkap 55](#_Toc107861155)

[Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Kimia Klinik 55](#_Toc107861156)

[Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan USG 56](#_Toc107861157)

**DAFTAR GAMBAR**

[Gambar 2.2 Penyebaran Kanker Kolorektal 12](#_Toc107861201)

[Gambar 2.3 Pathway 47](#_Toc107861202)

**DAFTAR LAMPIRAN**

[Lampiran 1 Curriculum Vitae 89](#_Toc107861219)

[Lampiran 2 Motto dan Persembahan 90](#_Toc107861220)

[Lampiran 3 SOP Tranfusi Darah 92](#_Toc107861221)

[Lampiran 4 SOP Pemberin Obat IV 95](#_Toc107861222)

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Kanker Kolorektal adalah suatu tumor malignant yang terdiri dari jaringan epitel dari kolon atau rectum. Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan rectum (bagian kecil dari usus besar sebelum anus) (Kemenkes RI, 2016) . Beberapa masalah yang sering dirasakan pada kanker kolorektal diantaranya nyeri pada perut bagian kiri, terjadi perdarahan pada anus saat BAB, dan mengeluh susah BAB dengan demikian hal tersebut akan mempengaruhi kebutuhan dasar manusia. Beberapa masalah keperawatan yang dikaitkan diantaranya adalah Ansietas, Nyeri Kronis, Risiko Perdarahan, Risiko Syok, Risiko Jatuh, Dan Gangguan Citra Tubuh (SDKI, 2017). Hingga pada saat ini, masalah yang ada dengan kejadian penyakit kanker kolorekral terus muncul semakin banyak apabila sebagai perawat tidak melakukan tindakan keperawatan yang tepat. Sehingga akan mengakibatkan angka kejadian pada penyakit kanker kolorektal akan semakin tinggi dan muncul masalah baru.

Berdasarkan data survey (*Globocan 2020*, n.d.), insiden kanker kolorektal di seluruh dunia menempati urutan ketiga (1360 dari 100.000 penduduk 9,7% keseluruhan adalah laki – laki dan perempuan) dan menduduki peringkat keempat sebagai penyebab kematian Prevalensi kanker kolorektal di Asia Tenggara terdapat sebanyak 68.000 kasus pada laki – laki dan 52.000 kasus pada perempuan. Kejadian kanker kolorektal di Indonesia menempati urutan ketiga penyebab kematian akibat kanker (Kemenkes RI, 2016) Jumlah penderita kanker kolorektal di Indonesia menurut (Kemenkes RI, 2018) yaitu sebanyak 15.985 kasus pada laki –laki dan sebanyak 11.787 kasus pada perempuan. Berdasarkan data yang didapatkan di RSPAL dr. Ramelan Surabaya penulis mendapatkan data mulai bulan April – Juni 2022 didapatkan sebanyak 11 kasus pada pasien yang mengidap kanker kolorektal yang sudah melakukan operasi di ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Kanker kolorektal terjadi sebagai akibat kerusakan genetik pada lokus yang mengontrol pertumbuhan sel. Perubahan kolonosit normal menjadi jaringan adenomatosa kemudian akhirnya menjadi karsinoma kolon melibatkan mutasi yang mempercepat pertumbuhan sel. Resiko kanker kolorektal meningkat pada masyarakat yang bermigrasi pada daerah yang insidens nya tinggi sehingga akan berpengaruh pada perbedaan pola makan. Makanan yang mengandung lemak hewani terutama dari daging merah akan berpengaruh pada kejadian kanker kolorektal, sebaliknya masyarakat yang mengkonsumsi ikan laut akan memiliki insiden kanker kolorektar yang rendah. Selain itu kebiasaan minum alkohol akan meningkatkan dua sampai tiga kali lipat kejadian kanker kolorektal. Adapun penyakit yang berhubungan dengan meningkatnya resiko kanker kolorektal seperti penyakit *inflammatory bowel disease* (IBD) dalam (Khosama, 2015)

Peran perawat dalam mengelola kasus dan sesuai dengan perawat paliatif adalah *comfort care*. Kenyamanan adalah titik pangkal dari berbagai kesembuhan, kondisi pasien kanker sebagian besar mengalami nyeri dan ketidaknyamanan. Perbaikan kondisi klien tidak akan tercapai jika kebutuhan akan rasa nyaman tidak terpenuhi. Oleh karena itu, rasa nyaman bersifat holistic dan sangat individual mencakup *physical*, *phsycho sprititual, environmental* dan *sociocultural*. Tugas perawat untuk memenuhi kebutuhan akan rasa nyaman, serta harus dapat mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan pasien (Dewi Nurviana Suharto, 2020). Penatalaksanaan dari kanker kolorektal secara medis yaitu pembedahan memberikan kuratifitas yang lebih baik dibandingkan dengan radioterapi dan memungkinkan evaluasi patologi dari faktor prognositik, terapi radiasi eksternal maupun internal, terapi kombinasi pembedahan dan radioterapi memberikan hasil terapi yang lebih baik untuk kanker kolorektal untuk stadium tiga dan empat (Miftahussurur, 2020). Perawat dapat memberikan penatalaksanaan berupa skrining (deteksi dini untuk mengurangi resiko penyakit atau memutuskan metode pengobatan yang paling efektif) yang adekuat, karena terbukti dapat menurunkan angka kematian dari kanker rectosigmoid. Program skrining yang baik akan lebih banyak ditemukan kasus dini sehingga terapi dapat dilaksanakan secara kuratif. Melakukan pengkajian secara holistic kepada pasien dan mengenali tanda gejala pasien kanker juga dapat menurunkan jumlah presentase penyakit kanker rectosigmoid di Indonesia (Pratama & Adrianto, 2019).

* 1. **Rumusan Masalah**

Penulis melakukan pengkajian lebih lanjut untuk mengetahui bagaimana perawatan penyakit ini, maka penulis melakukan asuhan keperawatan kanker lidah dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa kanker kolorektal di ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya?

* 1. **Tujuan Penelitian**
     1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa kanker kolorektal di ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa kanker kolorektal di Ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa kanker kolorektal di Ruang OK Central RSPAL dr, Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa kanker kolorektal di Ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa kanker kolorektal di Ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa kanker kolorektal di Ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa kanker kolorektal di Ruang OK Central RSPAL dr. Ramelan.
   1. **Manfaat Penelitian**
7. **Manfaat Teoritis**

Dengan adanya karya ilmiah akhir mengenai asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosis Medis Perioperatif Kanker Kolorektal ini diharapkan dapat menambah wawasan atau pedoman untuk laporan studi kasus selanjutnya.

1. **Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut:

* + 1. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai asuhan keperawatan dengan Diagnosis Medis Perioperatif Kanker Kolorektal.

* + 1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosis Medis Perioperatif Kanker Kolorektal.

* + 1. Hasil studi kasus dapat dijadikan salah satu rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus mengenai Perioperatif Kanker Kolorektal dan juga sebagai bahan untuk menambah pengetahuan serta menerapkan ilmu yang telah diperoleh penulis selama menempuh Pendidikan Profesi Ners.
    2. **Metode**

Metode deksriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**
       1. Wawancara

Data diambil / diperoleh melalui percakapan baik dengan Ny. S, keluarga maupun tim kesehatan lain

* + - 1. Observasi

Data yang diambil melalui mengamati baik dengan Ny. S, keluarga maupun tim kesehatan lain.

* + - 1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang, menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

* + 1. **Sumber data**

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari Ny. S

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

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

Bab 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat, penelitiah, dan sistematika penulisan karya ilmiah.

Bab 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis kanker kolorektal, serta kerangka masalah.

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

Bab 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang ada di lapangan.

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

* + 1. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

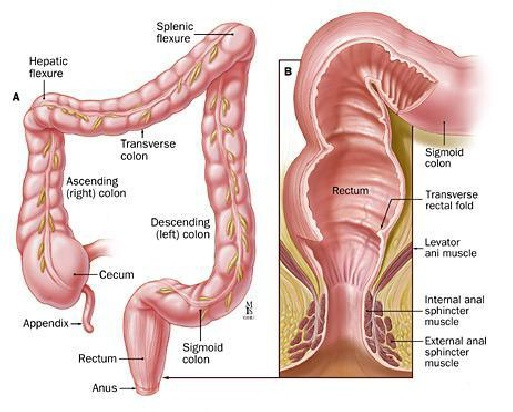
# **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pasien Ny. S dengan kanker rectosigmoid. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit kanker rectosigmoid dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

* 1. **Konsep Kanker Rectosigmoid** 
     1. **Anatomi dan Fisiologi Kolon dan Rektum**

Kolon dan rectum merupakan salah satu bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga bagian terakhir dari gastrointestinal. Usus besar terdiri dari sekum, kolon, dan rectum. 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 muscular yang memiliki panjang sekitar 1,5 m dan berdiameter 5cm. kolon memiliki 4 bagian yaitu kolon asendens, kolon tranversum, kolon desendens dan kolon sigmoid. Kolon berada di bagian proksimal usus besar sedangkan rectum memiliki panjang sekitar 15 cm dan berada sekitar 2 – 3 cm 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 rectum, kemudian dikeluarkan melalui anus dalam bentuk tinja (Sumiyati & Kartika, 2021)



**Gambar 2.1** anatomi kolon dan rectum (Weiser, 2018)

Bagian – bagian pada usus besar :

1. Caecum dan Appendix Vermiformis

Merupakan struktur intraperitoniale dan bagian pertama dari usus besar. Pada dinding posteromedial melekat appendix vermiformis yakni di ujung ileum. Appendix vermiformis berbentuk tabung sempit yang berongga dan ujungnya buntu. Terdapat agregasi jaringan limfatik yang luas di dindingnya dan menggantung pada ileum terminal oleh mesoappendix yang berisi vasa appendicularis (Weiser, 2018)

1. Kolon

Terletak di superior caecum dan terdiri dari colon ascendens, colon transversum, colon descendens, dan colon sigmoideum. Terdapat flexura coli dextra di tempat pertemuan kolon ascenden dan kolon transversum, flexura coli sinistra berada di tempat pertemuan kolon tranversum dan kolon descendens. Terdapat sulcus paracollici dextra dan sinistra di lateral kolon ascenden dan kolon decenden. Kolon sigmoid dimulai dari atas aperture pelvis superior sampai ke vertebrata S3, bentuknya seperti huruf S, ujung awal berhubungan dengan kolon ascenden dan ujung akhir berhubungan dengan rectum (Weiser, 2018)

1. Rektum dan Canalis Analis

Merupakan lanjutan dari kolon sigmoideum, daerah pertemuan rectosigmoideum terletak pada vertebrata S3. Canalis analis merupakan lanjutan dari usus besar yang terletak di inferior rectum (Weiser, 2018)

* + 1. **Fisiologi Kolon dan Rektum**

Fungsi utama kolon untuk mencerna sisa – sisa makanan,untuk usus besar sebagai menyimpan feses sebelum defekasi. Feses merupakan massa padat yang terbentuk dari sisa – sisa makanan yang tak tercerna, komponen empedu yang tidak diserap dan cairan, semuanya diekstraksi oleh H2O dan garam dari isi lumen di dalam kolon (Anna M Sherwood, 2013)

1. Motilitas

Motilitas utama terjadi di kolon yaitu kontraksi haustra yang dipicu ritmisitas autonomy sel – sel otot polos kolon. Proses ini tidak mendorong isi dalam usus melainkan mengadul maju – mundur secara perlahan sehingga isi tersebut terpajan ke mukosa penyerapan. Beberapa saat setelah makan akan terjadi peningkatan motilitas dan terjadi pergerakan massa yakni mendorong isi kolon kebagian distal usus besar yang merupakan tempat penyimpanan sampai terjadi defekasi (Anna M Sherwood, 2013)

1. Sekresi

Usus besar tidak mengeluarkan enzim pencernaan apapun karena telah selesai saat kimus menuju kolon. Terjadi sekresi kolon berupa larutan mucus basa (NaHCO3) yang berfungsi melindungi mukosa dari cedera mekanis dan kimiawi salah satunya dengan menetralkan asam iritan yang dikeluarkan dari fermentasi bakteri lokal (Anna M Sherwood, 2013)

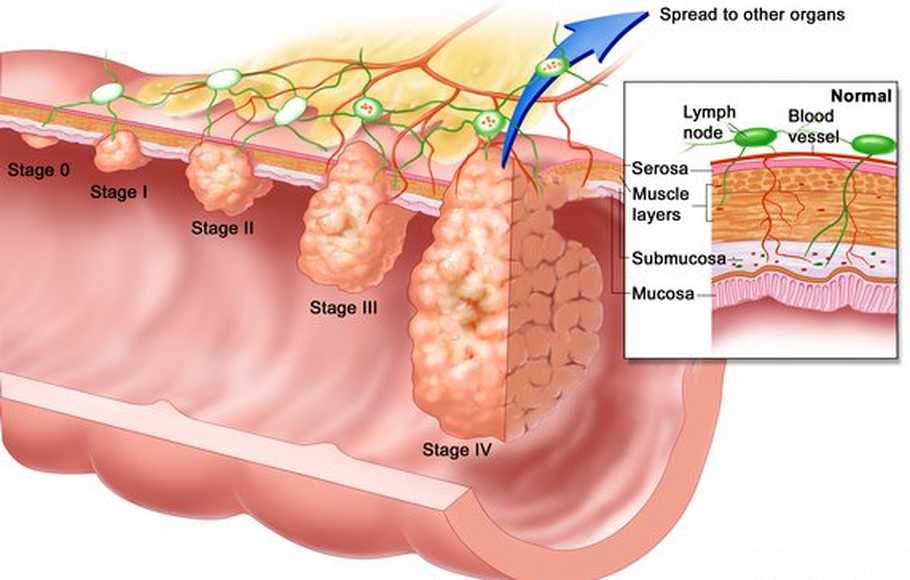
1. Absorpsi

Dalam keadaan normal, kolon dapat menyerap garam dan H2O. penyerapan natrium dilakukan secara aktif dan penyerapan klorida secara pasif menuruni gradient listrik serta H2O secara osmotic. Elektrolit serta vitamin K yang disintesis oleh bakteri kolon juga diserap (Anna M Sherwood, 2013).

* + 1. **Definisi Kanker Kolorektal**

Kanker kolorektal atau disebut juga kanker usus besar adalah kanker yang terjadi ketika sel – sel abnormal tumbuh pada lapisan kolon atau rectum. Pada umumnya, kanker kolorektal jarang ditemukan sebelum usia 40 tahun. Resiko terjadinya kanker kolorektal akan meningkat pada usia 50 tahun. Gejala adanya tumor pada kolon biasanya ditandai dengan adanya polip yang memiliki risiko kanker kanker. Kanker kolorektal biasanya berkembang di dalam dinding kolon dan rectum tumbuh secara perlahan – lahan selama kurun waktu 10 – 20 tahun. Sekitar 96% penyebab kanker kolorektal adalah *adenocarcinomas* yang berkembang dari jaringan kelenjar (Weiser, 2018)

Kanker tumbuh di dalam usus besar dan dapat menembus dinding kolon atau rectum. Kanker yang telah menembus dinding juga menembus darah atau kelenjar getah bening (*lymph vessels*). Sel kanker pada umumnya pertama kali menyebar ke kelenjar getah bening di dekat sel kanker tersebut. Gambar 2.2 berikut merupakan penyebaran kanker kolorektal. Pada saat stage 0 atau normal tidak ditemukan adanya kanker yang tumbuh pada kolon atau rectum. Pada tahap stage 1 sel kanker telah tumbuh pada dinding kolon atau rectum. Kemudian pada stage 2 sel kanker mulai menyebar ke dalam lapisan otot dari kolon atau rectum, belum menyebar ke kelenjar getah bening. Kanker menyebar ke salah satu atau lebih kelenjar getah bening pada tahap stage 3, dan pada stage 4 kanker telah menyebar ke bagian tubuh lainnya seperti hati, paru – paru, atau tulang.



Gambar 2.2 Penyebaran Kanker Kolorektal

(Kemenkes RI, 2018)

* + 1. **Etiologi**

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian kanker kolorektal (Sayuti & Nouva, 2019) menurut yaitu :

1. Usia

Risiko terkena kanker kolon meningkat dengan bertambahnya usia. Kebanyakan kasus terjadi pada orang yang berusia 60 – 70 tahun, jarang sekali ada penderita. Kanker kolon yang usianya dibawah 50 tahun. Jika ada kemungkinan dalam keluarga pasien terdapat riwayat penyakit kanker juga.

1. Polip

Adanya polip pada kolon, khususnya polip jenis adenomatosa. Jika polip ini langsung dihilangkan pada saat ditemukan, tindakan penghilangan tersebut dapat mengurangi risiko terjadinya kanker kolon di kemudian hari.

1. Riwayat kanker

Seorang yang pernah terdiagnosis mengidap kanker kolon atau bahkan pernah dirawat untuk kanker kolon berisiko tinggi terkena kanker kolon kembali di kemudian hari. Wanita yang pernah mengidap kanker ovarium, kanker uterus, dan kanker payudara juga memiliki risiko yang lebih besar untuk terkenan kanker kolon.

1. Factor keturunan/genetika

Riwayat adanya kanker kolon dalam keluarga, khususnya pada keluarga dekat. orang yang memiliki riwayat penyakit keluarga FAP (*Familial Adenomatous*) atau polip adenomatosa familial memiliki risiko besar untuk terkena kanker kolon sebelum usia 40 tahun, bila FPA tidak diobati.

1. Penyakit colitis (radang kolon) ulseratif yang tidak diobati

Radang usus besar adalah peradangan yang terjadi pada seluruh lapisan organ usus besar. Peradangan pada usus besar dapat menyebabkan gejala yang tidak nyaman, bila peradangan semakin meluas maka gejala yang dirasakan semakin parah.

1. Kebiasaan merokok

Perokok memiliki risiko jauh lebih besar untuk terkena kanker kolon dibandingkan dengan yang bukan perokok

1. Kebiasaan makan

Terdapat penelitian terlalu banyak makan daging merah dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker kolon, sebab daging merah (sapi dan kambing) banyak mengandung zat besi.

1. Kurangnya aktifitas fisik/olahraga

Kegiatan olahraga meripakan salah satu kegiatan yang sangat penting untuk menjaga kesehatan tubuh manusia. Dampak yang dapat ditimbulkan jika kurang melakukan olahraga rutin tetntu sangat berdampak pada kesehatan tubuh.

1. Berat badan yang berlebih (obesitas)

Orang obesitas umumnya sering mengalami peradangan kronis yang lama kelamaan dapat menyebabkan kerusakan DNA. Kerusakan DNA di dalam tubuh ini bisa mengarah pada kondisi kanker.

1. Pola hidup yang sering mengkonsumsi alcohol

Usus mengubah alcohol menjadi asetilaldehida yang meningkatkan risiko terkena kanker kolon.

* + 1. **Patofisiologi**

Kanker kolon dan rectum (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus). Dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar kebagian tubuh yang lain (Dewi & Widya Suksmarini, 2018). Pertumbuhan kanker menghasilkan efek sekunder, meliputi penyumbatan lumen usus dengan obstruksi dan ulserasi pada dinding usus serta perdarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan perforasi dan abses, serta timbulnya metastase pada jaringan lain. Prognosis relative baik bisa lesi terbatas pada mukosa dan submukosa pada saat reseks dilakukan, dan jauh lebih buruk jika terjadi metastase ke kelenjar limfe (Dewi & Widya Suksmarini, 2018).

Menurut (Sayuti & Nouva, 2019), stadium kanker kolorektal sebagai berikut :

1. Stadium 1: terbatas hanya pada mukosa kolon (dinding rectum dan kolon).
2. Stadium 2 : menembus dinding otot, belum metastase.
3. Stadium 3 : melibatkan kelenjar limfe.
4. Stadium 4 : metastase ke kelenjar limfe yang berjauhan dan ke organ lain.

Kanker kolorektal merupakan salah satu kanker usus yang dapat tumbuh secara lokal dan bermetastase luas. Adapun cara penyebaran ini melalui beberapa cara, penyebaran secara lokal biasanya masuk kedalam lapisan dinding usus sampai ke serosa dan lemak mesentrik, lalu sel kanker tersebut akan mengenai organ sekitarnya. Penyebaran yang lebih luas lagi didalam lumen usus yaitu melalui limfatik dan sistem sirkulasi. Bila sel tersebut masuk melalui sistem sirkulasi, maka sel kanker tersebut dapat terus masuk ke organ hati, kemudian metastase ke organ paru – paru. Penyebaran lain dapat ke adrenal, ginjal, kulit, tulang dan otak. Sel kanker juga dapat menyebar ke daerah peritoneal pada saat akan dilakukan reseksi tumor (Sayuti & Nouva, 2019)

Hampir semua kanker kolorektal ini berkembang dari polip adenoma jenis *villous, tubular* dan *viloutubular.* Namun dari ketiga jenis adenoma ini, hanya jenis villous dan tubular yang diperkirakan akan menjadi premaligna. Jenis tubular berstruktur seperti bola dan bertangkai, sedangkan jenis villous berstruktur tonjolan seperti jari – jari tangan dan tidak bertangkai. Kedua jenis ini tumbuh menyerupai bunga kol didalam kolon sehingga massa tersebut akan menekan dinding mukosa kolon. Penekanan yang terus menerus ini akan mengalami lesi – lesi ulserasi yang akhirnya akan menjadi perdarahan kolon. Selain perdarahan, maka obstruksi pun kadang dapat terjadi hanya saja lokasi tumbuhnya adenoma tersebut sebagai acuan. Bila adenoma tumbuh di dalam lumen luas (*acendens* dan *transversum*), maka obstruksi jarang terjadi. Hal ini dikarenakan feses masih mempunyai konsentrasi air yang cukup sehingga masih dapat melewati lumen tersebut dengan mengubah bentuk (disesuaikan dengan lekukan lumen karena tonjolan massa). Bila adenoma tersebut tumbuh dan berkembang di daerah lumen yang sempit (*decendens* atau bagian bawah), maka obstruksi akan terjadi karena tidak dapat melewati lumen yang telah terdesak oleh massa. Namun kejadian obstruksi dapat menjadi total atau parsial (Dewi & Widya Suksmarini, 2018)

Secara genetik, kanker kolon merupakan penyakit yang kompleks. Perubahan genetik sering dikaitkan dengan perkembangan dari lesi premaligna (adenoma) untuk adenokarsinoma invasive. Rangkaian peristiwa molekuler dan genetic yang menyebabkan transformasi dari keganasan polip adenomatosa. Proses awal adalah mutasi APC (*adenomatosa polyposis gen*) yang pertama kali ditemukan pada individu dengan keluarga adenomatosa polyposis (FAP = *familial adenomatous polyposis*) (Weiser, 2018).

* + 1. **Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala dari kanker rectosigmoid sangat bervariasi dan tidak spesifik. Keluhan utama pasien dnegan kanker rectosigmoid berhubungan dengan besar dan lokasi dari tumor.Tumor yang berada pada kolon kanan, dimana isi kolon berupa cairan, cenderung tetap tersamar hingga kecenderungan menyebabkan obstruksi karena lumen usus lebih besar daripada feses yang masih lunak. Gejala klinis sering berupa perut terasa penuh. Nyeri abdomen, perdarahan dan symtomatik anemia (menyebabkan kelemahan, pusing dan penurunan berat badan).

Tumor yang berada pada kolon kiri cenderung mengakibatkan perubahan pola defekasi sebagai akibat iritasi dan respon refleks, perdarahan, mengecilnya ukuran feses, dan komplikasi karena lesi kolon kiri yang cenderung melingkar mengakibatkan obstruksi.

Tumor pada rectum atau sigmoid bersifat lebih infiltrative pada waktu diagnosis dari lesi proksimal, maka prognosisnya lebih jelek (Kumar et al., 2013)

Menurut (Anna M Sherwood, 2013), kanker rectosigmoid dibagi menjadi dua stadium yaitu:

1. Stadium dini
2. Tanda iritasi usus dan perubahan kebiasaan defekasi : sering buang air besar, diare, atau obstipasi. Kadang kala obstipasi dan diare bergantian, tenesmus, anus turun tegang, sering terdapat nyeri samar abdomen. Pasien lansia bereaksi tumpul dan
3. lamban, tidak peka nyeri, kadang kala terjadi perforasi tumor, peritonitis baru merasakan nyeri dan berobat.
4. Hematokezia : tumor luka ulserasi berdarah, kadang kala merah segar atau merah gelap, biasanya tidak banyak intermitan. Jika posisi tumor agak tinggi, darah dan feses bercampur menjadikan feses mirip selai kadang keluar lender berdarah.
5. Ileus : ileus merupakan tanda lanjut kanker kolon. Ileus kolon sisi kiri sering ditemukan. Pada ileus akut maupun kronik, gejala muntah tidak menonjol, bila terdapat muntah, mungkin usus kecil (khususnya proksimal) sudah terinvasi tumor.
6. Massa abdominal : ketika tumor tumbuh hingga batas tertentu di daerah abdomen dapat diraba adanya massa, sering ditemukan pada kolon sebelah kanan. Dinding abdomen relative longgar, massa mudah diraba. Setelah menginvasi sekitar menjadi infeksi.
7. Anemia : karena pertumbuhan tumor menghabiskan nutrisi tubuh, perdarahan kronis jangka panjang menyebabkan anemia. Infeksi sekunder tumor menyebabkan demam dan gejala toksik
8. Stadium lanjut

Obstruksi uretel bilateral menimbulkan anuria, uremia, tekanan pada uretra menimbulkan retensi urin. Perforasi menimbulkan peritonitis akut dan abses abdomen. Metastasis ke paru – paru akan menimbulkan batuk.

Metastasis ke otak menyebabkan koma, dan metastasis ke tulang akan menimbulkan nyeri tulang,susah dalam mobilisasi, dll. Pada akhirnya dapat menimbulkan kegagalan sistemik (Anna M Sherwood, 2013)

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (Weiser, 2018), ada beberapa macam pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk medeteksi kanker rectosigmoid yaitu :

1. Biopsi

Konfirmasi adanya malignansi dengan pemeriksaan biopsi sangat penting jika terdapat sebuah obstruksi sehingga tidak memungkinkan dilakukannya biopsi.

1. Carsinoembrionik Antigen Screening (CEA)

CEA 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 lalu bermetastase ke hepar. Nilai

CEA serum baru dapat dikatakan bermakna pada monitoring berkelanjutan setelah pembedahan. Peningkatan nilai CEA perioperative berguna untuk identifikasi awal dari metastase karena sel tumor yang bermetastase sering mengakibatkan naiknya nilai CEA.

1. *Digital Rectal Examination*

Pada pemeriksaan ini dapat dipalapasi dinding lateral, posterior, dan anterior, serta spina iskiadika, sacrum dan coccygeus dpat dirabah dengan mudah. Meskipun 10cm merupakan batas eksplorasi jari yang mungkin dilakukan, namun telah lama diketahui bahwa 50% dari kanker kolon dapat dijangkau oleh jari, sehingga rectal examination merupakan cara yang tidak dapat begitu saja diabaikan

1. Barium Enema

Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras ovarium enema, yang sensitifitasnya mencapai 90% dalam mendeteksi polip yang berukuran >1 cm. teknik ini merupakan cara yang hemat sebagai alternative pengganti kolonoskopi untuk pasien.

1. Endoskopi

Tes tersebut diindikasikan untuk menilai seluruh mukosa kolon karena 3% dari pasien mempunyai synchronous kanker dan berkemungkinan untuk mempunyai polip premaligna.

1. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukan gambaran seluruh mukosa kolon dan rectum. Kolonoskopi dapat digunakan untuk biopsy, polipektomi, mengontrol perdarahan dan dilatasi dari struktur kolon. Kolonoskopi merupakan cara yang sangat berguna untuk mendiagnosis dan manajemen dari *inflammatory bowel disease.*

* + 1. **Penatalaksanaan umum**

1. Pembedahan

Pembedahan adalah salah satu cara yang telah secara luas diterima sebagai penanganan kuratif untuk kanker kolorektal. Pembedahan kuratif untuk kanker kolorektal harus mengeksisi dengan batas yang luas dan maksimal regional *lymphadenektomi* sementara mempertahankan fungsi dari kolon sebisanya, untuk lesi diatas rectum, reseksi tumor dengan minimum batas tepi 5cm bebas tumor (Sayuti & Nouva, 2019), tujuan pembedahan dalam situasi ini adalah paliatif, apabila tumor telah menyebar dan mencangkup struktur vital sekitarnya, maka operasi tidak dapat dilakukan.

1. Terapi Radiasi

Terapi radiasi merupakan penanganan kanker dengan menggunakan x-ray berenergi tinggi untuk membunuh sel kanker. Terdapat dua cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan eksternal radiasi dan internal radiasi. Pemilihan cara radiasi diberikan tergantung pada tipe dan stadium dari kanker (Fitriatuzzakiyyah, 2017)

1. Kemoterapi

Kemoterapi adalah penggunaan zat kimia untuk perawatan penyakit kanker. Tujuan pemberian kemoterapi untuk mengurangi massa tumor selain pembedahan dan radiasi, meningkatkan kelangsungan hidup dan memperbaiki kualitas hidup, mengurangi komplikasi akibat metastase. Kemoterapi dapat diberikan dengan cara infus. Suntikan langsung dan diminum (Wahyuni, 2019)

* 1. **Konsep Perioperatif**

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif. Dalam setiap fase tersebut dimuali dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing- masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (Wahyuni, 2019). Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan. Perioperatif merupakan tahapan dalam proses pembedahan yang dimulai dari prabedah (preoperatif), bedah (intraoperatif), dan pascabedah (postoperatif) (Suryani et al., 2020)

Menurut (Suryani et al., 2020), fase perioperatif mencakup tiga fase dan pengertiannya yaitu :

1. Fase praoperatif dari peran keperawatan perioperatif dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi;
2. Fase intraoperatif dari keperawatan perioperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke bagian atau departemen bedah dan berakhir aktivitas keperawatan dapat meliputi : memasang infus (IV), memberikan medikasi intravena, dan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.
3. Fase Pascaoperatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan . dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatana klinik atau di rumah. pada fase pascaoperatif berlangsung fokus termasuk mengkaji efek agens anastesia, dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi.
   * 1. **Fase Pembedahan Perioperatif**

Klien bedah datang ke tempat pelayanan kesehatan dengan kondisi kesehatan yang berbeda-beda. Klien mungkin akan datang ke rumah skait atau unit bedah sehari sebelum hari pembedahan dengan perasaan sehat dan siap menghadapi pembedahan. Sebaliknya, korban kecelakaan kendaraan bermotor mungkin akan menghadapi pembedahan darurat tanpa waktu persiapan. Kemampuan menciptakan hubungan dan mempertahankan hubungan profesional merupakan komponen yang sangat penting dalam fase preoperatif. Perawat harus melakukannya dengan cepat, mudah, dan efektif (Suryani et al., 2020).

* + 1. **Proses Keperawatan dan Pasien Bedah**

Klien akan bertemu dengan anggota tim kesehatan antara lain dokter bedah, perawat anastesi, atau ahli anastesi, petugas fisioterapi, dan perawat. Semuanya berperan dalam asuhan keperawatan dan pemulihan klien. Perawat mengkaji kesehatan fisik dan emosional klien, mengetahui tingkat resiko pembedahan, mengkoordinasi berbagai pemeriksaan diagnostik, mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang menggambarkan kebutuhan klien dan keluarga, mempersiapkan kondisi fisik dan mental klien untuk menghadapi pembedahaan, serta mengkomunikasikan informasi yang berkaitan dengan pembedahan kepada tim (Suryani et al., 2020)

* + 1. **Jenis dan Indikasi Pembedahan**

Menurut (Made Wirya Pratama et al., 2021), operasi dilakukan untuk berbagai alasan atau indikasi. Alasan tersebut mungkin untuk *diagnostik, kuratif, reparatif, rekonstruktif* atau kosmetik, *paliatif dan transplantasi.* Operasi juga dapat di klasifikasikan sesuai dengan tingkat urgensinya diantaranya:

* + 1. Kedaruratan, adalah suatu kondisi pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa, indikasi untuk operasi tanpa ditunda.
    2. *Urgen*, adalah kondisi pasien membutuhkan perhatian segera, indikasi untuk dilakukan operasi dalam 24 – 30 jam.
    3. Diperlukan, adalah suatu kondisi pasien harus menjalani operasi, indikasi untuk operasi direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan.
    4. *Elektif*, adalah kondisi pasien harus dioperasi ketika diperlukan, indikasi untuk operasi direncanakan, apabila tidak segera dilakukan operasi tidak terlalu membahayakan.
    5. Pilihan, adalah keputusan operasi terletak pada pasien sendiri, indikasi untuk operasi adalah pilihan pribadi, misalnya bedah kosmetik.
    6. **Kondisi Medis yang dapat meningkatkan risiko operasi**

(Kurniawan, 2013), mengatakan berbagai kondidsi dan faktor meningkatkan risiko operasi seseorang. Pengetahuan tentang faktor risiko memungkinkan perawat untuk mengambil tindakan yang diperlukan dalam perencanaan perawatan.

1. Gangguan perdarahan (*trombositopenia, hemofilia*) dapat meningkatkan risiko perdarahan selama dan setelah operasi.
   1. *Diabetes melitus*, meningkatkan kerentanan terhadap infeksi dan menghambat penyembuhan luka.
   2. Penyakit Jantung dan penyakit *vaskuler perifer*, Stres operasi menyebabkan meningkatnya kebutuhan miokard untuk mempertahankan curah jantung. Efek anestesi general dapat menekan fungsi jantung. Pertahankan keseimbangan cairan yang adekuat untuk meminimalkan stres pada jantung, pastikan tingkat tekanan darah sudah cukup untuk memenuhi tuntutan peredaran darah. Kekakuan dinding arteri dan reduksi, simpatik dan *parasimpatis, inervasi* ke jantung, perubahan predisposisi pasien terhadap postoperatif, perdarahan dan kenaikan tekanan darah *sistolik* dan *diastolic*
   3. *Obstruksi* jalan nafas, *apnea* atau tersumbatnya jalan nafas setelah operasi dapat terjadi karena pemberian *opioid,* ditunjukkan dengan penurunan *saturasi oksigen* yang terlihat pada *oxymetri* nadi.
   4. Penyakit hati, perubahan dan metabolisme dan eliminasi obat yang diberikan selama operasi dapat merusak luka.
   5. Demam, Predisposisi pasien terhadap ketidakseimbangan cairan dan *elektrolit* dan dapat mengindikasikan infeksi yang mendasarinya.
   6. Infeksi pernafasan kronis, efek anestesi mengurangi fungsi pernafasan, meningkatkan risiko *hipoventilasi* berat.
   7. Gangguan *imunologi (leukemia, acquired immunodeficiency Sindrom/AIDS), depresi* sumsum tulang, dan penggunaan obat kemoterapi dapat meningkatkan risiko infeksi dan menunda penyembuhan luka setelah operasi.
   8. Penyalahgunaan obat-obatan, orang yang menyalahgunakan narkoba terkadang memiliki penyakit yang mendasari (*human immunodeficiency virus*/HIV), hepatitis) yang mempengaruhi penyembuhan.
   9. Nyeri Kronis, Penggunaan obat nyeri secara teratur sering mengakibatkan toleransi yang lebih tinggi. Peningkatan dosis analgesik terkadang diperlukan untuk mencapai pengendalian nyeri postoperatif (Potter & Perry, 2013).
      1. **Pembiusan / Anestesi Dalam Pembedahan**

Dalam proses pembedahan baik besar maupun kecil memerlukan suatu proses yang disebut anestesi. Anestesi berasal dari bahsa yunani, An yang berarti tidak dan aesthetos yang artinya merasa, yang bila digabungkan berarti tidak merasa atau tidak nyeri (Sari, 2017).

1. Teknik Anestesi

Fungsi utama dari anestesi adalah menghilangkan nyeri pada saat pembedahan dan memfasilitasi operator untuk menjalankan operasi. Berbagai macam pembedahan dapat pula dilakukan dengan teknik anestesi yang berbeda pula.

Pada dasarnya anestesi dapat dipagi menjadi 3 macam teknik, yaitu :

a. Anestesi Lokal

Anestesi lokal diberikan dengan menyuntikan obat anestesi lokal disekitar area operasi. Biasanya anestesi ini digunakan untuk operasi kecil.

b. Anestesi Regional

Anestesi regional ini dikerjakan dengan memberikan obat anestesi pada bagian tertentu dari tubuh sehingga regio dari tubuh tersebut tidak merasa sakit. Anestesi regional ini dapat dilakukan dengan berbagai macam teknik, terdiri dari :

* + - 1. Anestesi spinal

Anestesi spinal dilakukan dengan memasukkan obat anestesi kedalam rongga spinal untuk memblokade saraf nyeri. Anestesi spinal ini dapat dilakukan pada pasien-pasien yang akan menjalani operasi pada perut bagian bawah atau pada tungkai bawah. Keuntungan dari anestesi ini obat dan alat yang digunakan lebih sedikit dan lebih murah.

* + - 1. Anestesi Epidural

Sama dengan anestesi spinal anestesi epidural dilakukan dengan memasukkan obat kedalam rongga epidural. Kelebihan dari anestesi epidural ini juga dapat digunakan untuk mengatasi nyeri pasca operasi.

* + - 1. Blok Saraf Perifer

Anestesi ini digunakan dengan menyuntikan obat anestesi disekitar serabut saraf daerah yang akan dioperasi. Keuntungan teknik ini adalah dapat menghilangkan sensasi nyeri pada satu daerah saja, misalnya hanya pada tangan kiri atau tangan kanan saja, pada kaki kiri atau kaki kanan saja. Teknik pembiusan ini lebih sulit dan memerlukan keahlian dan peralatan yang lebih lengkap yang tidak tersedia disemua tempat.

* + - 1. Anestesi General

Anestesi general disebut juga dengan anestesi umum atau bius total. Ini merupakan teknik pembiusan dengan memasukan obat-obatan yang membuat pasien tidur dan tidak merasa nyeri. Anestesi general ini dapat dilakukan pada semua jenis operasi baik operasi kecil maupun operasi besar. Selain itu pasien juga tidak sadar sehingga tidak merasa cemas dan takut pada saat menjalani operasi.

1. Risiko Tindakan Anestesi

Semua tindakan anestesi diatas mempunyai keuntungan dan risiko masing- masing seperti semua tindakan medis. Keuntungan dan risiko tindakan anestesi ini bermacam-macam, mulai risiko ringan seperti mual, muntah, sakit kepala, pusing sampai dengan risiko yang lebih berat seperti cedera saraf sampai dengan kematian.

1. Pemilihan teknik Anestesi

Setiap individu manusia tidak ada yang sama dan tidak bisa diperlakukan dengan sama sehingga prosedur pembiusan yang dilakukan untuk operasi yang sama tidaklah selalu sama. Pemilihan teknik anestesi pada setiap operasi dapat berbeda ini harus dibicarakan antara dokter bedah, dokter anestesi dan pasien, tergantung dengan jenis dan prosedur operasi. Dokter bedah dan dokter anestesi harus memberikan penjelasan tentang risiko dan komplikasi serta alternatif lain dari teknik pembiusan.

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Kanker Rectosigmoid**
     1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan satu kegiatan yang dilakukan dalam pengumpulan informasi baik subjektif maupun objektif. Pengumpulan data dapat di dapatkan melalui pemeriksaan fisik, pengukuran tanda – tanda vital, wawancara baik kepada pasien maupun keluarga pasien dan juga dapat didapatkan melalui informasi mengenai riwayat penyakit (wulandhani, 2019).

* + 1. **Pengkajian Primary Survey Pre Operasi Kanker Rectocsigmoid**
  1. Airway jalan napas bersih dan paten, tidak ada sumbatan jalan napas, pasien napas spontam regular, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada sianosis, tidak ada ronki.
  2. Breathing bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada sianosis, tidak ada sesak napas, pasien tidak terpasang oksigen, tidak terdapat suara napas tambahan.
  3. Circulation skelera tidak ikterik, konjungtiva anemis, tidak terdapat oedema, tidak ada nyeri dada.
  4. Disability kesadaran composmentis, besar pupil normal (±2 mm), reflek terhadap cahaya ada. Semua aktifitas mandiri tidak membutuhkan bantuan orang lain.
     1. **Secondary Survey Pre Operasi Kanker Rectosigmoid**
  5. Riwayat Kesehatan Sekarang Biasanya pasien dengan Pre operasi kanker rectosigmoid mengeluh nyeri pada bagian perut akibat penyakit kanker yang diderita oleh pasien.
  6. Riwayat Kesehatan Dahulu Riwayat kesehatan dahulu harus diketahui baik berhubungan dengan riwayat penyakit kanker lainnya maupun riwayat penyakit sistemik lainnya. Biasanya pasien mempunyai riwayat penyakit seperti nyeri pada bagian abdomen, lama saat melakukan defekasi, perdarahan pada bagian anus, dll.
  7. Riwayat Kesehatan Keluarga Pasien dengan kanker rectosigmoid mempunyai riwayat keturunan seperti penyakit kanker lainnya dalam keluarga.
     1. **Fisik Head To Toe Pre Operasi Pasien Kanker Rectosigmoid**

1. Kepala

Pasien dengan pre operasi kanker rectosigmoid bentuk kepala normal, tidak ada lesi dan tidak terdapat pembengkakan pada kepala.

1. Mata

Pasien dengan pre operasi kanker rectosigmoid tidak anemis, ukuran pupil (2 mm). Reaksi terhadap cahaya ada, tidak ada edema pada palpebra, palpebra tertutup, sklera tidak ikterik.

1. Hidung

Pasien dengan pre operasi kanker rectosigmoid hidung bersih, tidak ada perdarahan pada hidung. Tidak ada pembengkakan pada daerah hidung.

1. Mulut

Mukosa bibir tampak kering,tidak ada pembengkakan di sekitar mulut, bentuk bibir normal.

1. Leher

Pasien dengan pre operasi kanker rectosigmoid tidak mengalami kelainan pada leher.

1. Dada

I : Pergerakan dada simetris, bentuk dada normochest, gerakan sama kiri dan kanan, tidak ada tampak luka atau lesi, tampak terpasang elektroda kardiogram.

P : Tidak ada pembengkakan

P : Sonor diseluruh lapang paru

A : tidak terdapat ronki

1. Kardiovaskuler

I : Arteri carotis normal , tidak terdapat ditensi vena jungularis, ictus cordis tidak terlihat

P : Ictus cordis teraba di SIC V 2 cm medial lateral mid clavicula sinistra

P : Letak jantung normal yaitu batas atas jantung : ICS II parasternal sinistra, batas kanan jantung : linea parasternal dextra, batas kiri jantung : midclavicula sinistra

A : Tidak mengalami kelainan pada suara jantung : S1 dan S2 normal reguler, tidak ada suara jantung tambahan seperti gallop kecuali pasien mengalami riwayat penyakit jantung.

1. Abdomen

Inspeksi : Perut datar,tidak terdapat lesi pada abdomen

Auskultasi : Bising usus normal 12 x/mnt

Palpasi : Tidak ada pembengkakan pada abdomen

Perkusi : Timpani

* 1. Genitouria Tidak menggunakan kateter.

1. Ekstremitas Tidak terdapat edema pada ekstremitas. Akral dingin, Kulit Kulit kering, temperatur dingin, tidak terdapat sianosis.
   * 1. **Pengkajian Primary Survey Intra Operasi Kanker Rectocsigmoid**
   1. Airway

Pasien dengan inta perasi kanker rectosigmoid akan terpasang ventilator sebagai penunjang alat pernafasan serta juga terpasang ETT, OPA. Pada jalan napas akan tertumpuk secret karena terjadi penurunan kesadaran.

* 1. Breathing Terpasang ventilator. Suara nafas ronchi. Pernafasan pada pasien dengan operasi kanker rectosigmoid tidak teratur dan kedalamannya juga tidak teratur.
  2. Circulation Pasien dengan operasi kanker rectosigmoid tekanan darahnya tidak menentu. Akralnya dingin, warna kulitnya pucat karena ketika intra operasi banyak menghabiskan darah dan menyebabkan Hb nya menjadi rendah.
  3. Disability Kesadaran akan menurun karena telah di lakukan pembiusan secara general anestesi. Besar pupil normal (±2 mm). Reflek terhadap cahaya ada. Semua aktifitas di bantu karena mengalami penurunan kesadaran.
     1. **Pengkajian Secondary Survey Intra Operasi Kanker Rectosigmoid**

1. Riwayat Kesehatan Sekarang Biasanya pasien dengan intra operasi kanker rectosigmoid mengalami penurunan kesadaran atau masih dibawah pengaruh obat anestesi, lemah, terdapat luka pembedahan pada midline abdomen, terdapat secret pada saluran napas.
2. Riwayat Kesehatan Dahulu Riwayat kesehatan dahulu harus diketahui baik berhubungan dengan riwayat penyakit kanker lainnya maupun riwayat penyakit sistemik lainnya. Biasanya pasien mempunyai riwayat penyakit seperti nyeri pada bagian abdomen, lama saat melakukan defekasi, perdarahan pada bagian anus, dll.
3. Riwayat Kesehatan Keluarga Pasien dengan kanker rectosigmoid mempunyai riwayat keturunan seperti penyakit kanker lainnya dalam keluarga.
   * 1. **Pemeriksaan Fisik Head To Toe Intra Operasi Kanker Rectosigmoid**
   1. Kepala

Pasien dengan intra operasi kanker rectosigmoid bentuk kepala normal, tidak ada lesi dan tidak terdapat pembengkakan pada kepala.

* 1. Mata

Pasien dengan intra operasi kanker rectosigmoid tidak anemis, ukuran pupil (2 mm). Reaksi terhadap cahaya ada, tidak ada edema pada palpebra, palpebra tertutup, sklera tidak ikterik.

* 1. Hidung

Pasien dengan intra operasi kanker rectosigmoid hidung bersih, tidak ada perdarahan pada hidung. Tidak ada pembengkakan pada daerah hidung.

* 1. Mulut

Mukosa bibir tampak kering, pasien akan terpasang ETT dan OPA, mulut.Tidak ada pembengkakan di sekitar mulut.

* 1. Leher Pasien dengan intra operasi kanker rectosigmoid tidak mengalami kelainan pada leher.
  2. Dada

I : Pergerakan dada simetris, bentuk dada normochest, gerakan sama kiri dan kanan, tidak ada tampak luka atau lesi, tampak terpasang elektroda kardiogram.

P : Tidak ada pembengkakan

P : Sonor diseluruh lapang paru

A : Suara nafas ronchi karena penumpukan secret pada jalan nafas, irama tidak teratur

* 1. Kardiovaskuler

I : Arteri carotis normal , tidak terdapat distensi vena jungularis, ictus cordis tidak terlihat

P : Ictus cordis teraba di SIC V 2 cm medial lateral mid clavicula sinistra

P : Letak jantung normal yaitu batas atas jantung : ICS II parasternal sinistra, batas kanan jantung : linea parasternal dextra, batas kiri jantung : midclavicula sinistra

A : tidak mengalami kelainan pada suara jantung : S1 dan S2 normal reguler, tidak ada suara jantung tambahan seperti gallop kecuali pasien mengalami riwayat penyakit jantung.

* 1. Abdomen

Inspeksi : Perut datar, terdapat lesi pada abdomen

Auskultasi : Bising usus normal 12 x/menit

Palpasi : Tidak dapat terkaji karena pasien dalam pembedahan.

Perkusi : Tidak dapat terkaji karena pasien dalam pembedahan.

* 1. Genitouria Terdapat penggunaan kateter karena dilakukan operasi dan klien dalam keadaan bedrest total.
  2. Ekstremitas Tidak terdapat edema pada ekstremitas. Akral dingin.
  3. Kulit Kulit kering, temperatur dingin, tidak terdapat sianosis.
     1. **Pengkajian Primary Survey Post Operasi Kanker Rectocsigmoid**

1. Airway

Pasien dengan inta operasi kanker rectosigmoid akan terpasang ventilator sebagai penunjang alat pernafasan serta juga terpasang nasal kanul saat akan dipindahkan ke ruang ICU Central.

1. Breathing tidak terpasang ventilator. Suara nafas sonor. Pernafasan pada pasien dengan post operasi kanker rectosigmoid tidak teratur dan kedalamannya juga tidak teratur.
2. Circulation Pasien dengan post operasi kanker rectosigmoid tekanan darahnya tidak menentu. Akralnya dingin, warna kulitnya pucat karena ketika intra operasi banyak menghabiskan darah dan menyebabkan Hb nya menjadi rendah.
3. Disability Kesadaran akan menurun karena telah di lakukan pembiusan secara general anestesi. Besar pupil normal (±2 mm). Reflek terhadap cahaya ada. Semua aktifitas di bantu karena mengalami penurunan kesadaran.
   * 1. **Pengkajian Secondary Survey Post Operasi Kanker Rectosigmoid**
   1. Riwayat Kesehatan Sekarang Biasanya pasien dengan intra operasi kanker rectosigmoid mengalami penurunan kesadaran atau masih dibawah pengaruh obat anestesi, lemah, terdapat luka pembedahan pada midline abdomen, terdapat secret pada saluran napas.
   2. Riwayat Kesehatan Dahulu Riwayat kesehatan dahulu harus diketahui baik berhubungan dengan riwayat penyakit kanker lainnya maupun riwayat penyakit sistemik lainnya. Biasanya pasien mempunyai riwayat penyakit seperti nyeri pada bagian abdomen, lama saat melakukan defekasi, perdarahan pada bagian anus, dll.
   3. Riwayat Kesehatan Keluarga Pasien dengan kanker rectosigmoid mempunyai riwayat keturunan seperti penyakit kanker lainnya dalam keluarga.
      1. **Pemeriksaan Fisik Head To Toe Post Operasi Kanker Rectosigmoid**
4. Kepala

Pasien dengan intra operasi kanker rectosigmoid bentuk kepala normal, tidak ada lesi dan tidak terdapat pembengkakan pada kepala.

1. Mata

Pasien dengan intra operasi kanker rectosigmoid anemis, ukuran pupil (2 mm). Reaksi terhadap cahaya ada, tidak ada edema pada palpebra, palpebra tertutup, sklera tidak ikterik.

1. Hidung

Pasien dengan post operasi kanker rectosigmoid hidung bersih, tidak ada perdarahan pada hidung. Tidak ada pembengkakan pada daerah hidung.

1. Mulut

Mukosa bibir tampak kering, tidak terpasang ETT atau OPA, mulut. Tidak ada pembengkakan di sekitar mulut.

1. Leher Pasien dengan post operasi kanker rectosigmoid tidak mengalami kelainan pada leher.
2. Dada

I : Pergerakan dada simetris, bentuk dada normochest, gerakan sama kiri dan kanan, tidak ada tampak luka atau lesi, tampak terpasang elektroda kardiogram.

P : Tidak ada pembengkakan

P : Sonor diseluruh lapang paru

A : Suara nafas ronchi karena penumpukan secret pada jalan nafas, irama tidak teratur

1. Kardiovaskuler

I : Arteri carotis normal , tidak terdapat ditensi vena jungularis, ictus cordis tidak terlihat

P : Ictus cordis teraba di SIC V 2 cm medial lateral mid clavicula sinistra

P : Letak jantung normal yaitu batas atas jantung : ICS II parasternal sinistra, batas kanan jantung : linea parasternal dextra, batas kiri jantung : midclavicula sinistra

A : tidak mengalami kelainan pada suara jantung : S1 dan S2 normal reguler, tidak ada suara jantung tambahan seperti gallop kecuali pasien mengalami riwayat penyakit jantung.

1. Abdomen

Inspeksi : Perut datar, terdapat lesi pada abdomen

Auskultasi : Bising usus normal 12 x/m

Palpasi : Tidak dapat terkaji karena pasca pembedahan

Perkusi : Tidak dapat terkaji karena pasca pembedahan

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Pratama & Adrianto, 2019) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien perioperatif dengan kanker rectosigmoid adalah sebagai berikut :

1. **Post Operasi**
   1. Ansietas b.d Krisis Situasional

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Etiologi : Krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, amcaman terhadap konsep diri, dll.

Kondisi klinis terkait :

* + 1. Penyakit kronis progesif (mis. kanker, autoimun)
    2. Hospitalisasi
    3. Rencana operasi
    4. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
  1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Etiologi : Agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik.

Kondisi klinis terkait :

* + 1. Kondisi pembedahan
    2. Cedera traumatis
    3. Infeksi
    4. Sindrom coroner akut
    5. Glaucoma
  1. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi

Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Etiologi : kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

Kondisi klinis terkait :

1. Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien
2. Penyakit akut
3. Penyakit kronis
4. **Intra Operasi**
5. Risiko Perdarahan b.d Tindakan Pembedahan

Definisi : Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor risiko : tindakan pembedahan, komplikasi pasca partum, trauma, proses keganasan.

Kondisi klinis terkait :

* + - 1. Tindakan pembedahan
      2. Kanker
      3. Trauma
      4. Trombositopenia, dll.

1. Risiko Syok d.d Faktor Resiko : Perdarahan

Definisi : beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

Faktor risiko : hipoksemia, hipoksia, hipotensi, kekurangan volume cairan, sepsis, dll.

Kondisi klinis terkait :

* + 1. Perdarahan
    2. Trauma multiple
    3. Infark miokard, dll.

1. Risiko Hipotermia b.d Prosedur Pembedahan

Definisi : berisiko mengalami kegagalan termogulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada dibawah rentang normal.

Faktor resiko : prosedur pembedahan, suhu lingkungan rendah, tidak beraktifitas, trauma, dll.

Kondisi klinis terkait :

* + 1. Berat badan ekstrem
    2. Dehidrasi
    3. Kurang mobilitas fisik

1. **Post Operasi**
2. Risiko Cedera d.d Faktor Resiko : Perubahan Sensasi

Definisi : berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

Faktor resiko : terpapar pathogen, terpapar zat kimia toksik, perubahan sensasi, perubahan fungsi psikomotot, dll.

Kondisi klinis terkait :

* + 1. Kejang
    2. Hipotensi
    3. Retardasi mental
    4. Gangguan penglihatan, dll.

1. Risiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasive

Definisi : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor risiko : efek prosedur invasive, penyakit kronis, malnutrisi, dll.

Kondisi klinis terkait :

1. AIDS
2. Luka bakar
3. Penyakit paru obstruktif
4. Diabetes, dll.
5. Gangguan Citra Tubuh b.d Efek Tindakan/pengobatan
   * 1. **Intervensi Keperwatan**
6. **Post Operasi Kanker Rectosigmoid**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN**  **(SDKI)** | **TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)** | **INTERVENSI KEPERAWATAN**  **(SIKI)** |
| **1.** | Nyeri Akut b.d Agen Pencidera Fisiologis | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:  Luaran Utama : **Tingkat Nyeri**   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Pola napas membaik 4. Tekanan darah menurun 5. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 6. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat | **Observasi :**   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri   **Teraupetik :**   1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain). 2. Fasilitasi istirahat dan tidur.   **Edukasi :**   1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri   **Kolaborasi :**   1. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu* |
| **2.** | Ansietas b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan | Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 1x 30 menit jam diharapkan tingkat ansietas menurun, demgan kriteria hasil :  Luaran utama : **Tingkat Ansietas**   1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah: menurun 3. Perilaku tegang menurun | **Observasi :**   1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan. 4. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik.   **Terapeutik :**   1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi   **Edukasi :**   1. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman 2. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih |

1. **Intra Operasi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | intervensi |
| Resiko Syok  D.0039 | Setelah dilakukan Tindakan keperawatan tingkat syok menurun dengan kreteria hasil, sebagai berikut :  Luaran Utama : **Tingkat Syok**   1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Saturasi oksigen meningkat 4. Akral dingin menurun 5. Pucat menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi napas membaik | **Observasi:**   1. Monitor status kardiopulmonal 2. Monitor status oksigenasi 3. Monitor status cairan 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Peniksa, riwayat.alergi   **Terapeutik:**   1. Berikan oksigen untuk mempertahankan,saturasi 2. Oksigen>94% 3. Persiapan intubasi dan ventilasi, jika perlu 4. Pasang injeksi IV, jika,perlu 5. Pasang kateter urine untuk menilai prostuksi urine. 6. Lakukan, skin test untuk mencegah reakai alergi.   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu. 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu. 3. Kolaborasi pemberian antinflamasi, jika perlu. |
| Resiko Perdarahan  D.0012 | Setelah dilakukan Tindakan keperawatan kehilangan darah internal maupun eksternal menurun dengan kriteria hasil, sebagai berikut :  Luaran Utama : **Tingkat Perdarahan**   1. Hb membaik 2. Hematrokrit membaik 3. Tekanan Darah membaik 4. Suhu tubuh membaik 5. Kelembabapan membran mukosa meningkat 6. Kelembapan kulit meningkat 7. Perdarahan pasca operasi menurun 8. Distensi abdomen menurun | **Observasi:**   1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilal hemoglobin/heratokrit sebelum 3. dansetelah kehilangan darah 4. Monitor tanda-tanda vita ortostatik 5. Monitor koagulasi   **Terapeutik :**   1. Batasi tindakan invasif, jika perlu 2. Pertahankan bedrest selama perdarahan 3. Gunakan kasur pencegah dekubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal   **Edukasi :**   1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 3. Anjurkan menghindar aspirin atau antikoagulan 4. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K 5. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan   **Kolaborasi :**   1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu. 2. Anjurkan pemberian produk darah, jika perlu. 3. Anjurkan pemberian pelunak tinja, jika perlu. |

1. **Post Operasi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Risiko Cedera  D.0136 | Setelah dilakukan Tindakan keperawatan keparahan dan cedera yang diamati menurun dengan kreteria hasil, sebagai berikut :  Luaran Utama : **Tingkat Cedera**   1. Kejadian cedera menurun 2. Luka menururn 3. Perdarahan menurun 4. Fraktur menurun 5. Toleransi aktivitas meningkat 6. Nafsu makan meningkat 7. Toleransi makanan meningkat 8. Tekanan darah membaik 9. Frekuensi napas membaik 10. Pola istirahat membaik | **Observasi:**   1. Identifikasi obat yang berpotensi menye babkan cidera 2. Identifikasi kesesualan alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah   **Terapeutik:**   1. Sediakan pencahayaan yang memadai 2. Sosialisasi kan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap 3. Sediakan alas kaki anti slip 4. Sediakan urinal atau urinal untk eliminasi di dekat tempat tidur, Jika perlu 5. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 6. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawvasan pasien, sesuai kebutuhon   **Edukasi :**   1. Jelaskan alasan intervensi pencogahan jatuh ke pasien dan keluarga 2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri |

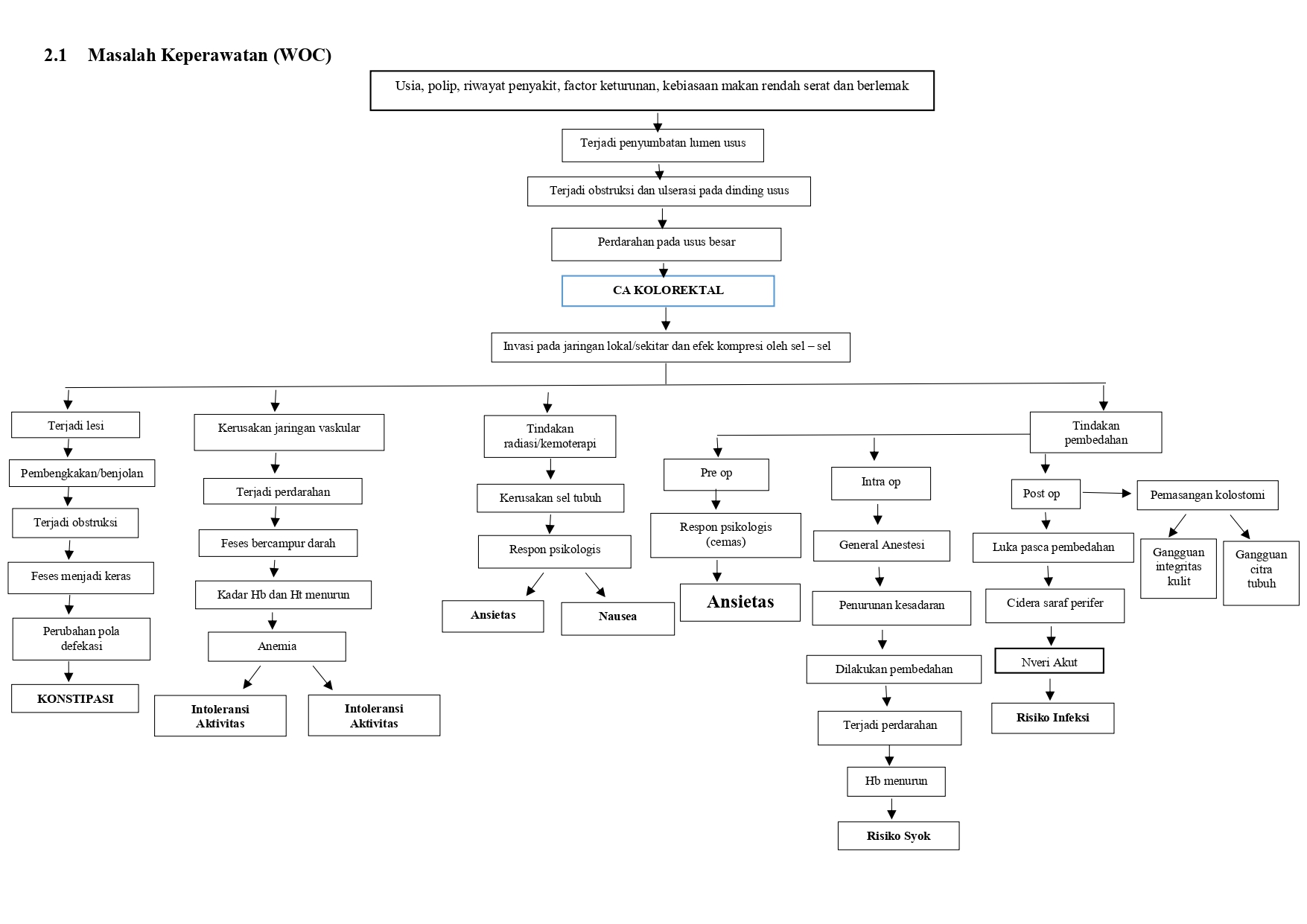
* + 1. **Intervensi Keperwatan**

Pelaksanaan rencana keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, tetapi menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien (Setiadi, 2013)

* + 1. **Intervensi Keperwatan**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagaian atau timbul masalah baru (Setiadi, 2013).

* 1. **Kerangka Masalah Keperawatan( WOC )**



Gambar 2.3 Pathway

# **BAB 3**

# **TINJAUAN KASUS**

Pada bab 3 ini berisi gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien perioperatif dengan kasus kanker kolorektal, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati pada tanggal 25 April 2022 pada pukul 09.30 WIB. Asuhan keperawatan ini diperoleh dari pasien dan file No. Register 69XXXX yang meliputi mulai dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi sebagai berikut :

## **Pengkajian**

### **Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. S, usia 53 tahun, beragama islam, suku jawa, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia. Pasien tinggal di daerah Surabaya pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 23 April 2022 pukul 11:00 WIB.

### **Keluhan Utama**

Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kiri.

### **Alasan Kunjungan Ke Rumah Sakit**

Pasien merupakan rujukan dari Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya.

### **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mengatakan pada akhir bulan Desember 2021 mengeluh susah BAB dan nyeri pada perut sisi kiri lalu dibawa oleh keluarga menuju IGD RSI Jemursari Surabaya, diberikan obat anti nyeri dan observasi dalam 3 jam lalu pasien dipulangkan. Lalu pada bulan Januari nyeri semakin tak tertahankan dan dibawa kembali oleh keluarga menuju IGD RSI Jemursari Surabaya dan diberikan tindakan pemeriksaan USG dan Cek darah lengkap, Hasil menunjukan jika terdapat batu ginjal dan dokter menyarankan untuk melakukan tindakan operasi tetapi pasien dan keluarga meyakini jika penyakitnya bukan berasal dari batu ginjal. Sehingga pasien memutuskan untuk minta dirujuk menuju RSPAL dr Ramelan Surabaya untuk melakukan cek ulang mengenai kondisinya. Pada awal maret pasien berobat ke poli bedah RSPAL, dilakukan pemeriksaan USG dan CT Scan Kontras lalu didapatkan adanya massa pada bagian usus besar.

Tanggal 23 April pukul 11:00 WIB pasien datang ke IGD RSPAL diantar oleh suami dan anaknya menggunakan mobil karena pasien kembali mengeluh nyeri pada perut regio kiri, pasien MRS di ruang G1 dan dilakukan observasi dengan hasil TD: 140/93 mmHg, N: 88x/menit. S: 36oC, SpO2: 99%, RR: 20x/menit, GCS: 456, terpasang infus NaCl 0,9% 500 ml di tangan kiri, dan injeksi Santagesic 1gr/2ml, dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hemoglobin : 9.40 g/dL, Trombosit: 473.000 10^3/µL, Kalium: 107, BUN : 14 mg/dL. Pada tanggal 25 April pukul 09:00 WIB pasien diantar menuju OK Central oleh perawat ruangan dan keluarga, saat di ruang PreMedikasi dilakukan observasi dengan hasil TD : 152/98 mmHg, N: 125x/menit, RR: 19x/menit, SpO2 : 98%, S : 36,6oC, antibiotik secara drip setelah antibiotik cefoperazone sulbactam 2gr habis diberikan infus RL 17tpm.

Saat pengkajian, pasien mengeluh jika perut sisi karinya sakit P = Kanker rectosigmoid, Q = seperti ditusuk – tusuk, R = perut kiri depan. S = 6 (1-10), T = Terus menerus. Pada pukul 10:00 WIB pasien dibawa menuju ruang operasi.

### **Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan bahwa memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2010 dan diabetes sejak tahun 2021. Pasien tidak rutin melakukan control untuk penyakit hipertensi dan diabetesnya.

### **Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit turunan kanker pada keluarganya, hanya memiliki penyakit turunan diabetes.

### **Genogram**

**Keterangan**

: Tinggal Serumah

: Laki-laki

: Perempuan

: Garis Perkawinan

: Garis Keturunan

: Meninggal

: Klien

### **Riwayat Alergi**

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan, minuman, dan obat.

### **Pemeriksaan Fisik Pre Operasi**

1. Airway

Inspeksi : Jalan nafas bersih dan paten, tidak ada sumbatan jalan nafas, pasien napas spontan reguler, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada sianosis, tidak ada ronki.

1. Breathing

Inspeksi : Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, RR: 19 x/menit, SpO2 98%, tidak ada sianosis, sesak napas tidak ada, pasien tidak terpasang oksigen.

Palpasi : Vocal fremitus teraba simetris antara kiri dan kanan.

Perkusi : Perkusi dada (sonor).

Auskultasi : Irama napas (reguler), suara napas (sonor), tidak terdapat suara napas tambahan.

1. Sirkulasi

Inspeksi : Tidak ada nyeri dada, tidak ada sianosis, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik, ada oedema pada punggung tangan sebelah kiri.

Palpasi : CRT <2 detik, akral hangat, Denyut nadi radialis teraba kuat 125x/menit dengan irama reguler,

Perkusi : Tidak ada pembesaran jantung

Auskultasi : Irama jantung (reguler)

1. Disability

Respon :Alert (pasien terjaga atau responsive)

Kesadaran : Composmetis GCS E4 V5 M6

Pupil : Isokor

Refleks Cahaya : Ada

1. Exsposure

Kontusio : Tidak terdapat kontusio

Derfomitas : Tidak terdapat kelainan deformitas

Abrasi : Tidak terdapat abrasi

Laserasi : Tidak terdapat luka laserasi

Edema : Tidak terdapat oedema

1. Kelengkapan Operasi

Waktu mulai operasi : : pukul 10.35 wib

Waktu selesai operasi : pukul 14.00 wib

Perdarahan : 400 cc

Tindakan operasi : dilakukan ligase mesentrica inferior,dilakukan low anterior resction Hartman procedure dengan colostomy kiri permanen, pasang sub hepatal drain, jahit lapis demi lapis.

1. Anastesi

Dokter anastesi : dr. Firda, Sp.An

Status anastesi :ASA 2 (pasien memiliki kelainan sistemik selain yang akan dioperasi)

Lama anestesi : 3 jam

Obat bius : lidokain 160mg, propofol 10mg

Pemberian obat selama anastesi : Transamin (10.58 wib), ondansenton 4mg (11.05 wib), ketorolac 30mg (11.20 wib)

Jenis anastesi : General anestesi

Suhu kamar operasi : 18 – 20oC

Kelembapan udara : 60%

1. Side marking : midline abdomen
2. Posisi Operasi : Supine
3. prosedur Operasi : tindakan dilakukan oleh dokter
   * 1. **Sign In**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Konfirmasi identitas pasien, daerah operasi, prosedur, inform consent | ☑ |
| 1. Apakah daerah operasi sudah ditandai | ☑ |
| 1. Apakah obat dan mesin anestesi sudah diperiksa secara lengkap | ☑ |
| 1. Apakah pulse oksimeter berfungsi dengan baik | ☑ |
| 1. Apakah pasien memiliki Alergi | 🗵 |
| 1. Penyulit jalan nafas atau resiko aspirasi | 🗵 |
| 1. Resiko kehilangan darah > 500 ml (7 ml/kg pada anak) | 🗵 |

### **Time Out**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sebutkan nama dan peran masing-masing seluruh tim | ☑ |
| 1. Konfirmasi meliputi : nama pasien, prosedur, lokasi insisi, fiksasi pasien | ☑ |
| 1. Profilaksis antibiotik | ☑ Cefoperazone Sulbactam 2gr |
| 1. Apakah ada kemungkinan timbul kesulitan dalam operasi | ☑ |
| 1. Estimasi lama operasi | 3 jam |
| 1. Perkiraan kehilangan darah | 400 cc |
| 1. Adakah masalah khusus pada pasien ini dan langkah antisipasi | ☑ |
| 1. Kesiapan alat : apakah sudah steril, apakah perlu alat khusus ? | ☑ |
| 1. Sudahkah hasil MRI, CT Scan, Foto Rongten terpasang? | ☑ |

### **Sign Out**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * + - 1. Konfirmasi secara verbal tentang nama prosedur / tindakan | | ☑ |
| * + - 1. Jumlah instrument, sponge, jarum sesuai ? | | ☑ |
|  | **Pra** | **Post** |
| instrument | 38 | 38 |
| Kassa | 40 | 40 |
| Lapspong | 6 | 6 |
| Depers | 12 | 12 |
| Jarum | 16 | 16 |
| Pisau | 1 | 1 |
| * + - 1. Spesiment telah diberikan label | | ☑ |
| * + - 1. Adakah masalah dengan peralatan saat operasi | | ☑ |

### **Tindakan Operasi :** Low Anterior Resection Hartman Procedure dengan Colostomi

### **Pemeriksaan Penunjang**

Hasil laboratorium pasien perioperatif pada Ny. S dengan diagnosis Ca Rectosigmoid pada 25 April 2022

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Darah Lengkap Pada Tanggal 25 April 2022

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PEMERIKSAAN** | **HASIL** | **SATUAN** | **NILAI RUJUKAN** |
| **Leukosit** | 9.89 | 10^3/µL | 4.00 – 10.00 |
| -Eosinofil# | 0.43 | 10^3/µL | 0.02 – 0.50 |
| -Eosinofil% | 0.50 | % | 0.5 – 5.0 |
| -Basofil# | 0.03 | 10^3/µL | 0.00 – 0.10 |
| -Basofil% | 0.2 | % | 0.0 – 1.0 |
| -Neutrofil# | 7.55 | 10^3/µL | 2.00 – 7.00 |
| -Neutrofil% | 76.20 | % | 50.0 – 70.0 |
| -Limfosit# | 1.09 | 10^3/µL | 0.80 – 4.00 |
| -Limfosit% | 13.20 | % | 20.0 – 40.0 |
| -Monosit# | 0.68 | 10^3/µL | 0.12 – 1.20 |
| -Monosit% | 4.50 | % | 3.0 – 12.0 |
| **Hemoglobin** | 10.20 | g/dL | 13 – 17 |
| Hematokrit | 30.10 | % | 40.0 – 54.0 |
| **Eritrosit** | 4.12 | 10^6/µL | 4.00 – 5.50 |
| -MCV | 73.1 | fmol/cell | 80 – 100 |
| -MCH | 22.9 | Pg | 26 – 34 |
| -MCHC | 31.3 | g/Dl | 32 – 36 |
| RDW\_CV | 16.3 | % | 11.0 – 16.0 |
| RDW\_SD | 51.7 | fL | 35.0 – 56.0 |
| **Trombosit** | 473.00 | 10^3/µL | 150 – 450 |
| -MPV | 7.5 | fL | 6.5 – 12.0 |
| -PDW | 15.1 | % | 15 – 17 |
| -PCT | 0.332 | 10^3/µL | 1.08 – 2.82 |
| P-CLRR | 59.0 | 10^3/µL | 30 – 90 |
| P-LCR | 15.25 | % | 11.0 – 45.0 |

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Kimia Klinik Pada Tanggal 25 April 2022

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PEMERIKSAAN** | **HASIL** | **SATUAN** | **NILAI RUJUKAN** |
| SGOT | 20 | U/L | 0 – 50 |
| SGPT | 21 | U/L | 0 – 50 |
| Albumin | 3.25 | mg/dL | 3.50 – 5.20 |
| Gula Darah Sewaktu | 124 | mg/dL | 74 – 106 |
| Kreatinin | 0.69 | mg/dL | 0.6 – 1.5 |

1 Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan USG

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tanggal | USG | Kesimpulan |
| 10 Maret 2022 | USG Abdomen | Terdapat adanya massa pada bagian colon + omentum, dengan ukuran 6 x 4.5 x 5cm |

### **Terapi Obat**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **NAMA OBAT** | **DOSIS** | **RUTE** | **INDIKASI** |
| 1. | Cefoperazone sulbactam | 1x2gr | IV / Inf | Antibiotik yang digunakan untuk menangani beragam penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri pernapasan, infeksi di dalam perut, meningitis, septikimia, infeksi saluran kemih, infeksi tulang dan sendi. |
| 2. | Transamin | 1 x 250mg | IV / Inj | Obat yang mengandung asam traneksamat sebagai zat aktifnya. Dapat digunakan jangka pendek pada gangguan perdarahan. |
| 3. | Ondancentron | 1 x 4mg | IV / Inj | Digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi. |
| 4. | Ketorolac | 1 x 30mg | IV / Inj | Untuk meredakan nyeri sedang hingga berat. Sering digunakan setelah operasi atau prosedur medis yang bisa menyebabkan nyeri. |
| 5. | Propofol | 1x10mg | IV / Inf | Unduksi anestesi, procedural sedasi, pemantauan anestesi pada proses tindakan operasi mayor dan minor. |
| 6. | Ringer Lactate | 1000ml | IV / Inf | Untuk resusitasi cairan dan terapi cairan rumatan, misalnya pada pasien syok, luka bakar, atau gangguan keseimbangan elektrolit. |
| 7. | Lidocaine | 10 ml | IV / Inj | Obat untuk menghilangkan rasa sakit atau memberi efek mati rasa pada bagian tubuh tertentu (obat bius lokal) |

* + 1. **Analisa Data Pre Operasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etiologi | Problem |
| 1  2 | DS : Px mengatakan jika cemas dengan operasi yang akan dijalani, takut jika operasi gagal  DO : - px tampak tegang  -sulit tidur  -N: 125x/mnt  -RR:19 x/mnt  -TD: 152/98 mmhg  DS : Px mengeluh nyeri di perut sebelah kiri skala 5 (1-10)  P: nyeri perut akibat Ca rectosigmoid  Q: seperti ditusuk - tusuk  R: perut sisi kiri  S: skala 5 (1-10)  T: terus menerus  DO: pasien tampak lemah  Pasien tampak meringis kesakitan dan memegang perutnya | Krisis situasional  Agen Pencedara fisiologis | Ansietas (D.0080, SDKI hal 180)  Nyeri Akut  (D.0077, SDKI hal 172) |

### **Prioritas Masalah Pre Operasi**

* + 1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
    2. Ansietas b.d Kekhawatiran Mengalami Kegagalan

### **Intervensi Keperawatan Pre Operasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN**  **(SDKI)** | **TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)** | **INTERVENSI KEPERAWATAN**  **(SIKI)** |
| **1.** | Nyeri Akut b.d Agen Pencidera Fisiologis | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:  Luaran Utama : **Tingkat Nyeri**   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Pola napas membaik 4. Tekanan darah menurun 5. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 6. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat | **Observasi :**   1. Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.   **Teraupetik :**   1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain). 2. Fasilitasi istirahat dan tidur.   **Edukasi :**   1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri   **Kolaborasi :**   1. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu* |
| **2.** | Ansietas b.d Krisis situasional | Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 1x 30 menit diharapkan tingkat ansietas menurun, demgan kriteria hasil :  Luaran utama : **Tingkat Ansietas**   1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah: menurun 3. Perilaku tegang menurun | **Observasi :**   1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan. 4. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik.   **Terapeutik :**   1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi   **Edukasi :**   1. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman 2. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih |

* + 1. **Implementasi Pre Operasi**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jam/Tgl** | **Implementasi** | **Paraf** | **Jam/Tgl** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1,2  1,2  1  1  2  2 | 25/04/2022  09.30  09.35  09.40  09.45  09.50  09.55 | Mengkaji keadaan umum pasien  Hasil: Keadaan umum pasien tampak kurang baik, kesadaran Composmentis, GCS E4V5M6 Total 15  Mengobservasi tanda-tanda vital pasien  Hasil: TD: 152/98 mmHg, N: 85 x/menit, S: 36,5 OC, SpO2: 98 %, RR: 18 x/menit  Melakukan anamnesa nyeri pada pasien  P: nyeri perut akibat Ca kolorektal  Q: seperti ditusuk – tusuk  R: perut sisi kiri  S: skala 5 (1-10)  T: terus menerus  Mengajarkan pasien teknik napas dalam saat nyeri timbul  Mengkaji tingkat kecemasan pasien sebelum masuk ke ruang operasi  Menganjurkan pasien mengatur napas agar rileks dan tenang | *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  *FA* | 25/04/2022  10.00  10.10 | Dx 1: nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis  S: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang skala 4 (1-10)  P: nyeri perut akibat Ca rectosigmoid  Q: cekot – cekot  R: perut sisi kiri  S: skala 4 (1-10)  T: terus menerus  O: pasien tampak lemah  Pasien sudah sedikit tidak merasa kesakitan  A: Masalah teratasi sebagian  P: Intervensi dilanjutkan  Dx 2: Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan  S: pasien mengatakan cemas sudah berkurang dan siap untuk masuk ruang operasi  O: pasien tidak tampak tegang,frekuensi nadi menurun  N: 88x/mnt  A: Masalah teratasi  P:Intervensi dihentikan | *FA*  *FA* |

* + 1. **Analisa Data Intra Operasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etiologi | Problem |
| 1  2 | DS : -  DO :  -TD: 89/47 mmhg  -N: 92 x/mnt  -L\_SD : 45.4 fl  DS : -  DO : TD: 89/47 mmhg  N: 92 x/mnt  Spo2 : 100  RR : 16 x/mnt  Perdarahan ±400cc  Pemberian obat anestesi (berdampak pada tekanan darah dan menyebabkan penurunan kesadaran)  Propofol 10mg  Pemeberian obat anestesi lidocaine 160mg | Dibuktikan dengan factor resiko : tindakan pembedahan  Dibuktikan dengan factor resiko : Hipotensi | Risiko Perdarahan (D.0012)  Risiko Syok  (D.0039) |

### **3.1.33 Prioritas Masalah Intra Operasi**

1. Risiko Perdarahan d.d Tindakan Pembedahan
2. Risiko Syok d.d Faktor Resiko Hipotensi
   * 1. **Intervensi Intra Operasi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan kriteria hasil** | **intervensi** |
| Resiko Syok  D.0039 | Setelah dilakukan Tindakan keperawatan tingkat syok menurun dengan kreteria hasil, sebagai berikut :  Luaran Utama : **Tingkat Syok**   1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Saturasi oksigen meningkat 4. Akral dingin menurun 5. Pucat menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi napas membaik | **Observasi:**   1. Monitor status kardiopulmonal 2. Monitor status oksigenasi 3. Monitor status cairan 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Peniksa, riwayat.alergi   **Terapeutik:**   1. Berikan oksigen untuk mempertahankan,saturasi 2. Oksigen>94% 3. Persiapan intubasi dan ventilasi, jika perlu 4. Pasang injeksi IV, jika,perlu 5. Pasang kateter urine untuk menilai prostuksi urine. 6. Lakukan, skin test untuk mencegah reakai alergi.   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu. 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu. 3. Kolaborasi pemberian antinflamasi, jika perlu. |
| Resiko Perdarahan  D.0012 | Setelah dilakukan Tindakan keperawatan kehilangan darah internal maupun eksternal menurun dengan kriteria hasil, sebagai berikut :  Luaran Utama : **Tingkat Perdarahan**   1. Hb membaik 2. Hematrokrit membaik 3. Tekanan Darah membaik 4. Suhu tubuh membaik 5. Kelembabapan membran mukosa meningkat 6. Kelembapan kulit meningkat 7. Perdarahan pasca operasi menurun 8. Distensi abdomen menurun | **Observasi:**   1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hemoglobin/heratokrit sebelum 3. dansetelah kehilangan darah 4. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 5. Monitor koagulasi   **Terapeutik :**   1. Batasi tindakan invasif, jika perlu 2. Pertahankan bedrest selama perdarahan 3. Gunakan kasur pencegah dekubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal   **Kolaborasi :**   1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu. 2. Anjurkan pemberian produk darah, jika perlu. 3. Anjurkan pemberian pelunak tinja, jika perlu. |

* + 1. **Intervensi Intra Operasi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan kriteria hasil** | **intervensi** |
| Resiko Syok  D.0039 | Setelah dilakukan Tindakan keperawatan tingkat syok menurun dengan kreteria hasil, sebagai berikut :  Luaran Utama : **Tingkat Syok**   1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Saturasi oksigen meningkat 4. Akral dingin menurun 5. Pucat menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi napas membaik | **Observasi:**   1. Monitor status kardiopulmonal 2. Monitor status oksigenasi 3. Monitor status cairan 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Peniksa, riwayat.alergi   **Terapeutik:**   1. Berikan oksigen untuk mempertahankan,saturasi 2. Oksigen>94% 3. Persiapan intubasi dan ventilasi, jika perlu 4. Pasang injeksi IV, jika,perlu 5. Pasang kateter urine untuk menilai prostuksi urine. 6. Lakukan, skin test untuk mencegah reakai alergi.   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu. 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu. 3. Kolaborasi pemberian antinflamasi, jika perlu. |
| Resiko Perdarahan  D.0012 | Setelah dilakukan Tindakan keperawatan kehilangan darah internal maupun eksternal menurun dengan kriteria hasil, sebagai berikut :  Luaran Utama : **Tingkat Perdarahan**   1. Hb membaik 2. Hematrokrit membaik 3. Tekanan Darah membaik 4. Suhu tubuh membaik 5. Kelembabapan membran mukosa meningkat 6. Kelembapan kulit meningkat 7. Perdarahan pasca operasi menurun 8. Distensi abdomen menurun | **Observasi:**   1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hemoglobin/heratokrit sebelum 3. dansetelah kehilangan darah 4. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 5. Monitor koagulasi   **Terapeutik :**   1. Batasi tindakan invasif, jika perlu 2. Pertahankan bedrest selama perdarahan 3. Gunakan kasur pencegah dekubitus 4. Hindari pengukuran suhu rektal   **Kolaborasi :**   1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu. 2. Anjurkan pemberian produk darah, jika perlu. 3. Anjurkan pemberian pelunak tinja, jika perlu. |

* + 1. **Implementasi Intra Operasi**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jam/Tgl** | **Implementasi** | **Paraf** | **Jam/Tgl** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2  1,2 | 25/04/2022  10.10  10.15  10.20  10.25  10.30  10.35  10.40  10.45  10.55  10.58  11:00  11:06  11:30  11:47  12:05  13:30 | Memindahkan pasien menuju bed operasi  Memonitor status oksigenasi pasien Ny. S  = 99%  Memonitor tingkat kesadaran Ny. S  (GCS 111)  dilakukan pemasangan kateter  membatasi tindakan invasif  Memonitor status cairan pasien  Mengobservasi TTV pasien  TD: 99/60 mmHg  N:78 x/mnt  SPO2: 100%  RR : 16x/mnt  Memonitor status cairan pasien  Mengobservasi TTV pasien  TD: 125/87 mmHg  N:75 x/mnt  SPO2: 100%  RR : 12x/mnt  Memonitor tanda gejala perdarahan setelah dilakukan pengambilan massa pada  (Melakukan observasi ttv dan output perdarahan 400cc)  Mengobservasi TTV pasien  TD: 123/77 mmHg  N:80 x/mnt  SPO2: 100%  RR : 12x/mnt  Mempertahankan bedrest selama terdapat luka/perdarahan  Membantu mempersiapkan pasien untuk pindah ke ruang ICU | *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  FA  FA  FA  FA  FA  FA  FA | 25/04/2022  14:00  14.00 | Dx 1: Risiko syok  S: pasien sedang dalam pembiusan  O: TD: 130/95  Spo2: 99%  N:102 x/mnt  RR 12x/mnt  Kesadaran koma  Akral hangat  A: Masalah teratasi  P:Intervensi dihentikan  Dx 2: Risiko perdarahan  S: pasien sedang dalam pembiusan  O: - perdarahan 400cc  -cek DL dan albumin  CRT < 2dtk  Konjungtiva tidak anemis  Terpasang drain  A:Masalah teratasi sebagian  P:Intervensi dilanjutkan | *FA*  *FA* |

### **Analisa Data Post Operasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etiologi | Problem |
| 1 | DS : -  DO :  - pasien tampak lemah  - General anestesi  - GCS 11 (Delirium)  - Terpasang O2 Nasal 3 lpm  - inj propofol 10mg  - inj. Lidocaine 160mg | Dibuktikan dengan faktor resiko perubahan orientasi afektif | Risiko Cidera (D.0136) |

* + 1. **Intervensi Keperawatan Post Operasi Kanker Rectosigmoid**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Risiko Cidera  D.0136 | Setelah dilakukan Tindakan keperawatan keparahan dan cedera yang diamati menurun dengan kreteria hasil, sebagai berikut :  Luaran Utama : **Tingkat Cedera**   1. Kejadian cedera menurun 2. Perdarahan menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola istirahat membaik | **Observasi:**   1. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cidera 2. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah   **Terapeutik:**   1. Sediakan pencahayaan yang memadai 2. Sediakan urinal atau urinal untk eliminasi di dekat tempat tidur, Jika perlu 3. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau   **Edukasi :**   1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri |

### **Implementasi Post Operasi Kanker Rectosigmoid**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jam/Tgl** | **Implementasi** | **Paraf** | **Jam/Tgl** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1 | 25/04/22  13:30  13:35  13:38  13:45  13:50  13:55  14:00  14:05 | Memindahkan pasien dari ruang operasi ke ruang ICU  Memastikan mengunci keamanan pada bagian samping bed pasien  Memasangkan Oksigen Nasal canul 3 Lpm  Memasangkan Electroda pada tubuh pasien  Memasangkan oxymetri pada pasien  Mengobservasi TTV pasien  TD: 138/90 mmHg  N:80x/menit  RR: 20x/menit  Spo2: 99%  Menganjurkan pasien untuk memindahkan badan secara perlahan  Meningkatkan dan mengobservasi pasien dalam keadaan yang aman dan nyaman | *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  *FA*  *FA* | 14:10 | **Dx 1 : Risiko Cidera**  **S**: pasien masih dalam keadaan pengaruh obat anestesi  **O**: pasien tampak lemah  TD: 138/90 mmHg  N:80x/menit  RR:20x/menit  SpO2: 99%  **A:** masalah teratasi  **P:** intervensi dihentikan | *FA* |

# **BAB 4**

# **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini, penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien perioperatif Kanker Kolorektal pada Ny. S di ruang OK Central dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan , dan evaluasi.

## **Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga pasien dan keluarga pasien terbuka dan kooperatif.

Penulis melakukan pengkajian Ny. S dengan melakukan anamnesa pada pasien serta melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan medis.

### **Pengkajian**

1. Identitas

Pada tinjauan kasus, pasien adalah seorang perempuan dewasa bernama Ny. S dengan usia 53 tahun, pasien Ny. S memiliki kebiasaan tidak suka makan sayur dan buah, sehingga Ny. S terbiasa makan dengan rendah serat, pasien Ny. S juga memiliki kebiasaan BAB yang lama/kebiasaan mengejan. Pola hidup Ny. S merupakan faktor resiko dari kanker kolorektal, berdasarkan faktor resiko kanker kolorektal dibedakan, menjadi faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko kanker kolorektal yang dapat dimodifikasi yaitu jarang melakukan aktivitas fisik, merokok, konsumsi minuman alkohol dalam periode yang lama, serta kurangnya makan – makanan yang mengandung serat Masrul Muchtar (2018). oleh sebab itu untuk mencegah timbulnya kanker kolorektal, batasi makanan tinggi lemak termasuk daging merah. Lebih baik mengkonsumsi buah dan sayur yang mengandung probiotik karena kandungan seratnya akan mengikat sisa makanan dan membuat feses lebih berat sehingga mudah dibuang.

1. Riwayat Sakit dan Kesehatan
2. Keluhan Utama

Pada data subyektif pasien mengeluh nyeri di perut region kiri skala 5 (1-10) dengan quality seperti ditusuk – tusuk, sedangkan untuk data obyektif pasien tampak lemah, meringis kesakitan dan memegang perutnya. Nyeri pada perut bagian kiri, menurut (Kumar et al., 2013) gejala klinis sering berupa perut terasa penuh, nyeri abdomen, perdarahan dan symtomatik anemia ( menyebabkan kelemahan, pusing dan penurunan berat badan. Tumor yang berada kolon kiri cenderung mengakibatkan perubahan pola defekasi sebagai akibat iritasi dan respon refleks, perdarahan, dan komplikasi karena lesi kolon kiri yang cenderung melingkar mengakibatkan obstruksi.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Hasil pengkajian dilakukan pada pasien diperoleh data riwayat penyakit sekarang adalah pasien mengatakan pada akhir bulan Desember 2021 mengeluh susah BAB dan nyeri pada perut sisi kiri lalu dibawa oleh keluarga menuju IGD RSI Jemursari Surabaya, diberikan obat anti nyeri dan observasi dalam 3 jam lalu pasien dipulangkan. Lalu pada bulan Januari nyeri semakin tak tertahankan dan dibawa kembali oleh keluarga menuju IGD RSI Jemursari Surabaya dan diberikan tindakan pemeriksaan USG dan Cek darah lengkap, Hasil menunjukan jika terdapat batu ginjal dan dokter menyarankan untuk melakukan tindakan operasi tetapi pasien dan keluarga meyakini jika penyakitnya bukan berasal dari batu ginjal. Penyakit batu ginjal gejala utamanya adalah sakit pinggang, tepatnya dibawah tulang rusuk, rasa sakitnya dapat menjalar sampai ke perut dan selangkangan seiring dengan perpindahan batu ginjal. Selain itu, pasien dengan batu ginjal terdapat hambatan dalam buar air kecil (BAK) serta terasa nyeri saat BAK dan keluar darah pada urine menurut Y. Susanti (2021). Karena gejala penyakit gagal ginjal tersebut tidak dirasakan oleh pasien sehingga pasien memutuskan untuk minta dirujuk menuju RSPAL dr Ramelan Surabaya untuk melakukan cek ulang mengenai kondisinya. Menurut pandangan penulis, sikap yang sudah dilakukan oleh keluarga Ny. S sudah sangat tepat dan bijak karena dapat mengerti pengetahuan perbedaan tentang penyakit batu ginjal dengan penyakit akibat kanker. Pada awal maret pasien berobat ke poli bedah RSPAL, dilakukan pemeriksaan USG dan CT Scan Kontras lalu didapatkan adanya massa pada bagian usus besar.

Tanggal 23 April pukul 11:00 WIB pasien datang ke IGD RSPAL diantar oleh suami dan anaknya menggunakan mobil karena pasien kembali mengeluh nyeri pada perut sisi kiri, pasien MRS di ruang G1 dan dilakukan observasi dengan hasil TD: 140/93 mmHg, N: 88x/menit. S: 36oC, SpO2: 99%, RR: 20x/menit, GCS: 456, terpasang infus NaCl 0,9% 500 ml di tangan kiri, dan injeksi Santagesic 1gr/2ml. Menurut Resya Permatasari (2015) kondisi emosional individu yang berlebihan dapat memberi pengaruh pada penyakit hipertensi yang diderita, factor psikologis berperan besar dalam proses perkembangan penyakit seseorang yang tidak normal atau berlebihan dapat memicu munculnya tekanan darah meningkat. Disini terlihat jika kecemasan atau depresi yang mempengaruhi respons mereka terhadap penyakit fisik, seperti hipertensi. Kecemasan mempunyai pengaruh pada penyakit hipertensi karena dapat meningkatkan tekanan darah dalam tubuh. Tekanan darah yang tinggi juga berhubungan dengan adanya respon terhadap nyeri, menurut Andarmoyo (2016) nyeri akut biasanya terjadi mendadak dan terlokalisasi dan disertai oleh tanda gejala aktivasi system saraf simpatis seperti terjadinya peningkatan respirasi, tekanan darah, dan peningkatan denyut jantung. Sebagai perawat tidak hanya berkolaborasi dengan rekan sejawat tetapi juga memiliki fungsi mandiri untuk menjalankan intervensi dalam meredakan nyeri pasien, mengevaluasi efektivitas nyeri serta memiliki kesempatan untuk membantu menghilangkan nyeri dan efek samping lain akibat nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hemoglobin : 10.09 g/dL, Trombosit: 530.000 10^3/µL, Kalium: 4,5, BUN : 67 mg/dL. Anemia merupakan komplikasi yang sering terjadi pada penderita kanker. Penyebab dan mekanismenya kompleks dan multifaktor. Terjadinya anemia pada penderita kanker dapat disebabkan karena aktivasi system imun tubuh dan sitem inflamasi yang ditandai dengan peningkatan beberapa pertanda sitem imun tubuh dan system inflamasi Sayuti & Nouva, (2019). Nilai hemoglobin yang rendah pada pasien Ny. S bisa jadi disebabkan akibat menurunnya nafsu makan menurun yang disebabkan oleh dampak dari penyakit kanker serta terjadi adanya perdarah internal pada tubuh Ny. S sehingga nilai hemoglobin dibawah normal. Anemia sendiri juga disebabkan oleh efek langsung dari keganasan dan proses pengobatan kanker seperti kemoterapi, dll. Pada tanggal 25 April pukul 09:00 WIB pasien diantar menuju OK Central oleh perawat ruangan dan keluarga, saat di ruang Pre Medikasi dilakukan observasi dengan hasil TD : 152/98 mmHg, N: 125x/menit, RR: 19x/menit, SpO2 : 98%, S : 36,6oC, antibiotik secara drip setealah antibiotik habis diberikan infus RL 17tpm.

Saat pengkajian, didapatkan data subyektif jika perut sisi karinya sakit P = Kanker rectosigmoid, Q = seperti ditusuk – tusuk, R = perut kiri depan. S = 6 (1-10), T = Terus menerus. Pada pukul 10:00 WIB pasien dibawa menuju ruang operasi. Menurut penulis, pasien mengeluh nyeri pada perutnya dan keluhan susah BAB dikarenakan adanya metastase dari kanker kolorektal. Selain metastase keluhan yang diungkapkan merupakan salah satu tanda gejala dari penyebab kanker kolorektal. Tumor yang berada pada kolon kiri cenderung mengakibatkan perubahan pola defekasi sebagai akibat iritasi dan respon refleks, perdarahan, mengecilnya ukuran feses dan terjadi komplikasi karena lesi pada kolon kiri yang cenderung melingkat mengakibatkan obstruksi menurut Kumar (2013)

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien diperoleh data riwayat penyakit dahulu adalah pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwata defekasi yang lama saat BAB serta pasien mengatakan jika tidak suka mengkonsumi makanan tinggi serat seperti buah dan sayur. Selain itu pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes , secara teori, informasi yang dikumpulkan tentang riwayat masa lalu memberikan data tentang pengalaman perawatan kesehatan (Samosir, 2020). Saat pengkajian pasien mengatakan jika sebelumnya pasien tidak pernah memiliki riwayat sakit mengenai usus/perutnya, sehingga dapat disimpulkan jika pasien tidak pernah memiliki riwayat polip pada kolon, polip adenomatosa familial memiliki risiko besar untuk terkenan kanker kolon.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut tinjauan kasus, di dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit kanker, hanya memiliki riwayat penyakit kronis seperti hipertensi. Secara teori untuk riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji agar dapat menentukan apakah pasien berisiko terhadap penyakit yang bersifat genetik (Samosir, 2020). Penulis berasumsi bahwa penyakit yang diderita pasien saat ini bukan karena genetik melainkan karena kebiasaan dan pola hidup yang tidak sehat. Dari semua kasus kanker kolon, sekitar 5 – 10% berasal dari factor keturunan, hal ini berkaitan dengan mutasi gen yang diwarisi ibu atau ayah. Pada kasus kanker kolorektal dalam keluarga, penyebab spesifiknya tidak diketahui tetapi kemungkinan karena kombinasi berbagai factor resiko termasuk genetic, gaya hidup, dan lingkungan yang meningkatkan risiko kanker usus besar dalam keluarga (UT Medical Center, 2021).

1. Pemeriksaan Fisik
2. Airway dan Breathing

Menurut Karcz, M. dan Papadakos (2013). Pada pasien dilakukan tindakan operasi dengan menggunakan obat anestesi umum membuat pasien mengalami penurunan kesadaran hingga tidak sadarkan diri dan juga menyebabkan kerja otot pernafasan menurun. Maka pasien dilakukan pemasangan ETT sambung ventilator. Dilakukan pemasangan alat bantu nafas dengan tujuan mempertahankan pernafasan pada pasien dan mencegah terjadinya pangkal lidah yang jatuh kebelakang akibat pasien tidak sadarkan diri pengaruh dari obat anestesi pada saat operasi . Akan tetapi alat bantu nafas tersebut dapat menyebabkan munculnya masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif yang mana pada pasien muncul tanda seperti terdengar suara nafas tambahan yaitu ronkhi, adanya sekret putih kental. Salah satu kondisi yang dapat menyebabkan gagal nafas adalah obstruksi jalan nafas, termasuk obstruksi pada Endotrakeal Tube (ETT), obstruksi jalan nafas merupakan kondisi yang tidak normal akibat ketimampuan batuk secara efektif. Dapat disebabkan oleh sekresi yang kental atau berlebihan akibat penyakit infeksi, imobilisasi, statis sekresi dan batuk tidak efektif (Suhaimi Fauzan,2014), Sehingga pada saat pemasangan ETT dan mencegah lidah jatuh kebelakang maka dipasangkan pula tampon di dalam mulut pasien sehingga pernafasan pasien larancar (Yuniar, 2019).

1. Sirkulasi

Sirkulasi pasien dengan operasi kanker rectosigmoid tekanan darahnya tidak menentu. Akralnya dingin, warna kulitnya pucat karena ketika intra operasi banyak menghabiskan darah dan menyebabkan Hb nya menjadi rendah, pada saat operasi dilakukan ligase mesentrica inferior dan dilakukan *low anterior resection Hartman procedure.* Tekanan darah yang tidak menentu dan cenderung rendah serta terjadi adanya perubahan sirkulasi pada tubuh pasien disebabkan dengan adanya pengaruh obat anestesi pada saat dilakukan operasi. Tekanan darah dan perubahan sirkulasi ini terjadi karena persarafan pada pembuluh darah ikut terpengaruh oleh obat anestesi, sehingga mengakibatkan pembuluh darah melebar tekanan darah menjadi turun, Mutaqqin (2017).

1. Pada saat dilakukan pemeriksaan neurologi pada pasien ditemukan data bahwa tidak terdapat kejang, kesadaran menurun akibat pemberian obat anestesi secara general. TD: 89/47, Nadi : 92x/mnt, terpasang ETT, output darah 400cc. Pada hasil pengakajian terserbut disimpulkan bahwasannya terjadi adanya risiko perdarahan dan risiko syok yang di akibatkan oleh penurunan tekanan darah pasien, serta risiko syok karena adanya perubahan sensasi yaitu berupa penurun kesadaran akibat pemberian obat anestesi secara general oleh dokter anestesi. Proses terjadinya syok adalah suatu kejadian yang terjadi bila perfusi oksigen ke jaringan menjadi tidak adekuat. Kehilangan sel darah cukup banyak pada pasien perdarahan mengakibatkan berkurangnya transport oksigen ke jaringan tubuh, hasilnya sel tubuh menjadi tenggau dan mulailah terjadi perubahan besar dalam jaringan tubuh.
2. Disability Kesadaran akan menurun karena telah di lakukan pembiusan secara general anestesi. Besar pupil normal (±2 mm). Reflek terhadap cahaya ada. Semua aktifitas di bantu karena mengalami penurunan kesadaran. Menurut Kumar (2014) Dampak dari dilakukannya pemberian obat aenstesi yaitu menrunkan tingkat kesadaran, dengan tujuan untuk membuat pasien tidak sadarkan diri, tidak bergerak, dan tidak merasakan sakit pada saat tindakan pembedahan. Selain itu terdapat efek samping lain dari pemberian obat anestesi yaitu, mual muntah, menggigil, retensi urin, sakit tenggorokan, pusing, dll. Sebagai tenaga kesehatan penting sekali untuk selalu memantau dan mengobservasi tanda tanda vital pada pasien dalam kondisi penurunan kesadaran agar tidak terjadi efek samping berbahaya akibat pemberian obat anestesi seperti kejang dan hipotensi.
3. Urinary, pasien terpasang kateter, pada pasien tidak ditemukan masalah keperawatan pada urinary pada saat dilakukan operasi pembedahan kanker kolorektal. Dalam kondisi pada saat dilakukannya operasi dan pemasangan kateter pasien tidak merasakan sensai buang air kecil (BAK), dimana urine yang terisi dalam kandung kemih langsung dikeluarkan melalui selang kateter sehingga otot kandung kemih dan sfingter uretra tidak terlatih untuk berkontraksi saat BAK menurut Kasmad & Fatimah (2015). Menurut penjelasan diatas hal tersebut dapat menyebabkan risiko terjadinya inkontinensia urin meningkat pada pasien yang terpasang kateter, maka dari itu sebagai perawat harus dapat membantu pasien dalam mengatasi dan mengurangi gangguan perkemihan pasca pemsangan kateter agar tidak menimbulkan masalah keperawatan baru pada saat menjalani pengobatan di rumah sakit. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk membantu pasien yaitu seperti bladder training.
4. Gastrointenstinal, pasien tidak terpasang NGT data yang didapatkan dalam pengkajian terdapat dalam analisa data, intervensi serta implementasi pada bab 3. Pemasangan NGT merupakan prosedur invasif yang sering dilakukan seiring meningkatnya kegawatdaruratan medis, terdapat dua indikasi yang sering yaitu untuk kepentingan diagnostik maupun terapi terutama untuk akses pemberian nutrisi dan mengevaluasi isi lambung bagi pasien yang dicurigai mengalami perdarahan gastrointestinal ( Dwi Kresnawati, 2015). Pasien Ny. S pada saat post operasi tidak terpasang NGT dikarenakan tidak adanya indikasi untuk dilakukannya pemasangan NGT. Indikasi pemasangan NGT yaitu untuk dekompresi lambung, pemberian obat atau nutrisi. Selain itu, terdapat beberapa efek samping yang dapat muncul dari pemasangan selang NGT seperti rasa mual dan muntah, perut kembung, reiko terjadinya cedera pada hidung, kerongkongan dan lambung saat pemasangan selang NGT
   * 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Pada hasil pemeriksaan penunjang ditemukan datapasien dilakukan pemeriksaan penunjang pada tanggal 25 April 2022. Didapatkan hasil Hb: 9.40, Hematokrit : 30.10, Eritrosit : 73.1, PCT : 0.332. pada tanggal 21 April hasil bacaan dari USG yaitu memberi kesimpulan adanya Adenocarcinoma, dengan ukuran 7,5 x 5,5 x 5 cm. Adenocarcinoma merupakan mutasi DNA tertentu yang menyebabkan sel – sel tidak normal berlipat ganda dan tumor tumbuh.

### **Terapi Obat**

pemberian terapi obat sangat membantu penyembuhan pasien pada kasus kelolaan. Pasien mendapatkan terapi post operasi infus clinimix 15E 1000/24 jam, inf futrolit 500/24 jam, inj cefobactam 3x1gr, drip metronidazole 3x500mg, inj ondansentron 2x8mg, inj peinloss 3x800 mg, inj kalnex 3x1amp, inj furamin 3x1. Setelah melakukan pemulihan pasca operasi pasien akan direncakan untuk melakukan kemoterapi. Kemoterapi merupakan salah satu jenis pengobatan yang digunakan untuk menghancurkan sel kanker yang berbahaya bagi tubuh. Cara kerjanya adalah dengan menghentikan atau menghambat pertumbuhan sel kanker yang berkembang dan membelah diri dengan cepat. Obat – obat anti kanker ini dapat digunakan sebagai terapi tunggal (*active single agents*) (Rasjidi, 2013).

## **Diagnosa Keperawatan**

Dalam kasus ini terdapat diagnosa pada pre operasi, intra operasi, post operasi yaitu :

1. **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis** nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan nyeri akut menurun, pola nafas pasien membaik, tekanan darah pasien dalam batas normal dengan kriteria hasil sesuai dengan SLKI Hal 145 (L.08066). Dengan intervensi nyeri akut SIKI yaitu dengan luaran utama tingkat nyeri seperti indentifikasi lokasi, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri, lalu untuk tindakan terapupetik di berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik tarik nafas dalam, hipnosis 5 jari, terapi musik dan lainya, selain itu juga ada pemberian intervensi, edukasi dan kolaborasi yaitu menjelaskan penyebab nyeri dan kolaborasi farmakologis dengan pemberian analgetik ketorolac 1x 30 mg dengan rute IV dengan tujuan dan indikasi untuk meredakan nyeri sedang hingga berat. Obat ketorolac sering digunakan setelah operasi atau prosedur medis yang bisa menyebabkan nyeri. Obat ketorolac memiliki beberapa efek samping, antara lain pusing, mual, sakit kepala, iritasi lambung dan perforasi atau perdarahan pada saluran cerna. Terdapat beberapa data pada bagian objektif nyeri akut menurut SDKI yang tidak muncul pada pasien Ny. S yaitu proses berpikir terganggu, menarik diri, dan diaforesis.
2. **Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan** dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbilisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun dan perilaku tegang menurun sesuai dengan SLKI Hal 132 (L09093). Dengan intervensi identifikasi ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, selain itu periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan serta monitor respon terhadap terapi relaksasi teraupetik, lalu untuk tindakan teraupetik di berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa cemas (misalnya: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) dan Fasilitasi istirahat dan tidur. Selain itu juga ada pemberian intervensi secara edukasi yang meliputi anjurkan mengambil posisi yang nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, dan anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.
3. **Resiko syok** dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil kekuatan nadi meningkat, tingkat kesadaran meningkat, tekanan darah membaik, saturasi oksigen meningkat sesuai dengan SDKI (D.0039). dengan intervensi monitor status kardiopulmonal,oksigen dan cairan, serta monitor tingkat kesadaran dan respon pupil. Lalu untuk tindakan terapeutik berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen, pasang kateter urine untuk menilai prostuksi urine. Selain itu juga ada pemberian intervensi secara Kolaborasi dengan tindakan farmakologis yang meliputi pemberian transfusi darah jika perlu pemberian anti-inflamasi jika perlu. Indikasi pemberian tranfusi darah pada pasien yaitu seperti kehilangan darah akut, 20 – 30% total volume darah hilang dan perdarahn masih terus terjadi, anemia berat, syok septik. Meskipun pemberian tranfusi darah penting untuk dilakukan, ada pula risiko pada pemberian tranfusi darah yang bisa terjadi. Oleh karena itu, penting untuk memahami manfaat dan resiko pemberian tranfusi. Pada Ny. S terjadi perdarahan 400cc sehinga mengakibatkan risiko terjadinya syok, maka dari itu pasien dilakukan pemasangan drain dengan tujuan untuk mengobservasi output perdarahan pasca pembedahan sehingga sebagai tenaga medis dapat secara tepat mecegah adanya perdarahan secara berkelanjutan.
4. **Resiko perdarahan** dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan kehilangan darah internal maupun eksternal menurun dengan kriteria hasil Hb membaik, Hematrokrit membaik, tekanan darah membaik dan suhu tubuh dalam batas normal sesuai dengan SDKI (D.0012). dengan intervensi monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hemoglobin/hematrokrit sebelum dan setelah kehilangan darah, monitor tanda-tanda vital ortostatik, dan monitor koagulasi. Lalu pemberian intervensi secara terapeutik meliputi batasi tindakan invasif jika perlu, pertahankan bedrest selama perdarahan,anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan. Selain itu juga ada pemberian intervensi secara kolaborasi dengan farmakologis pemberian obat pengontrol perdarahan. Pada pasien – pasien dengan risiko perdarahan terdapat kontraindikasi pemberian obat antikoagulan karena obat antikoagulan merupakan obat yang bertujuan untuk menghambat dan memperlambat proses pembekuan darah. Bila pasien dengan risiko perdarahan mendapatkan obat antikoagulan maka akan terjadi perdarahan yang berlebih sehingga dapat mengakibatkan terjadi adanya masalah keperawatan hipovolemi atau bahkan dapat meningkatnya risiko syok. Beberapa kondisi pasien yang memiliki indikasi pemberian obat antikoagulan yaitu seperti pada operasi penggantian lutut atau panggul, operasi penggantian katup jantung, dan pasien dengan penyakit thrombofilia.
5. **Risiko Cidera** dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan keparahan dan cidera yang diamati menurun dengan kriteria hasil kejadian cidera menurun, perdarahan menurun, toleransi aktivitas meningkat, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, pola istirahat membaik sesuai dengan SDKI (D.0136). dengan intervensi identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cidera, sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap, tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan. Serta, anjurkan berganti posisi secara perlahan.

## **Implementasi Pre, Intra dan Post Operasi Kanker Rectosigmoid**

1. **Implementasi Pre Operasi**

Pada implementasi pre operasi mengkaji keadaan umum pasien tampak kurang baik, kesadaran composmentis, GCS 456, mengobservasi TTV, TD: 152/98 mmHg, N: 85x/menit, S:36,5 C, SpO2 : 98%, RR: 18 x/menit, melakukan anamnesa nyeri kepada pasien P: nyeri perut akibat Ca Rectosigmoid, Q: seperti ditusuk – tusuk, R: perut sisi kiri, S: skala 5 (1 – 10), mengajarkan pasien teknik nafas dalam saat nyeri timbul, mengkaji tingkat kecemasan pasien sebelum masuk ke ruang operasi, mengajarkan pasien untuk melakukan relaksasi seperti tarik napas panjang dan distraksi hipnotis lima jari.

1. **Implementasi Intra Operasi**

Pada implementasi intra operasi memindahkan pasien menuju bed operasi, melakukan pemasangan masker oksigen untuk general anestesi, melakukan pemasangan ETT, melakukan pemasangan kateter, melakukan disinfektan pada tubuh pasien (area dada hingga abdomen), operasi dimulai dipimpin oleh dr. Seno, menganti infus bag RL ke-2, menginjeksikan obat propofol 3cc, menginjeksikan obat analgetik, menginjeksikan obat transamin 2 ampul, mengobservasi TTV pasien (TD: 99/60 mmHg, N:78 x/mnt, Spo2:100%, RR:16x/menit, menganti infus bag RL ke-3, mengobservasi TTV (TD:128/87 mmHg, N:75x, Spo2: 100%, RR:12x/menit, melakukan pemotongan pada usus besar pasien, melakukan pembuatan colostomy bag pada abdmen sebelah kiri, mengobservasi TTV(TD:12377 mmHg, RR:23x/menit, N:80x/menit, Spo2:100%), Operasi telah selesai dengan laporan ditemukan adanya metastase ke momentum dan didapatkan massa 10x10cm dengan insisi midline, membantu mempersiapkan pasien untuk pindah ke ruang ICU.

1. **Implementasi Post Operasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagaian atau timbul masalah baru (Setiadi, 2013).

Pada implementasi post operasi memindahkan pasien dari ruang operasi ke ruang ICU, memasangkan oksigen nasal canul 3 Lpm, memasang electroda ke tubuh pasien, memasangkan oxymetri, mengobservasi TTV pasien (TD: 138/90mmHg, N:80x/menit, RR: 20x/menit, Spo2: 99%) dengan tujuan untuk memantau tingkat kesadaran serta untuk memantau keadaan pasien tidak terjadi hipoksia yang dapat mengakibatkan kejadian berbahaya selama pasien dalam keadaan pemulihan post operasi.

Hingga pada saat ini banyak sekali implementasi yang belum dilakukan dikarenakan menyesuaikan pada kondisi pasien pasca operasi, dilihat dari pasien masih belum sepenuhnya sadar dan masih dalam pengaruh anestesi.

**BAB 5**

# **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan perioperatif pada Ny. S dengan Kanker Rectosigmoid di ruang OK CENTRAL RSPAL dr. Ramelan Surabaya, sebagai penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Kanker Rectosigmoid.

## **Simpulan**

1. Pengkajian Ny.S didapatkan data fokus pasien terlihat cemas dan nyeri, GCS : 456, pasien berungkali mengatakan khawatir terhadap penyakit dan tindakan operasi yang akan dilakukan, selain itu pasien merasakan nyeri pada perutnya sudah berbulan – bulan tidak hilang.
2. Berdasarkan prioritas masalah yang diangkat adalah risiko syok dibuktikan dengan risiko hipotensi, risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan, nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis, risiko cidera, dan ansietas berhubungan kekhawatiran mengalami kegagalan.
3. Perencanaan keperawatan pada Ny. S disesuaikan dengan diagnosis keperawatan sesuai SLKI dengan tujuan tingkat syok menurun, tingkat perdarahan menurun, tingkat nyeri menurun, tingkat cidera menurun, dan ansietas menurun.
4. Pelaksanaan keperawatan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang dilakukan sesuai dengan standart intervensi keperawatan indonesia dan juga kondisi serta ruangan pasien dirawat.
5. Pada evaluasi risiko perdarahan dan nyeri akut masalah teratasi sebagian, sedangkan untuk risiko syok, risiko cidera dan ansietas masalah telah teratasi.

## **Saran**

Berdasarkan dari simpulan diatas penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

### **Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan pengembangan ilmu keperawatan serta sebagai pertimbangan untuk waktu yang akan datang dan sebagai tambahan informasi kepustakaan bagi ilmu keperawatan

### **Bagi Perawat**

Sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai keterampilan serta pengetahuan yang cukup dan dapat selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif.

* + 1. **Bagi penulis**

Mampu memberikan serta berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komperhensif kepada pasien. Penulis juga harus menggunkan komunikasi yang baik pada saat pengkajian, tindakan serta evaluasi dalam menjalin kerjasama yang baik guna kesembuhan pasien.

### Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan serta pemahaman kepada pasien tentang kanker rectosigmoid.

**DAFTAR PUSTAKA**

Anna M Sherwood (2013) ‘No Title’, *umor-infiltrating lymphocytes in colorectal tumors display a diversity of T cell receptor sequences that differ from the T cells in adjacent mucosal tissue*.

Dewi, N. N. A. and Widya Suksmarini, N. M. P. (2018) ‘Metilasi DNA dalam Perkembangan Kanker Kolorektal’, *Intisari Sains Medis*, 9(2), pp. 124–130. doi: 10.15562/ism.v9i2.176.

Dewi Nurviana Suharto (2020) ‘Analisis Kasus Kanker Lidah Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Dengan Pendekatan Comfort Theory Model’, *Poltekita : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 12(2), pp. 88–94. doi: 10.33860/jik.v12i2.21.

Fitriatuzzakiyyah, N. (2017) ‘Cancer Therapy with Radiation: The Basic Concept of Radiotherapy and Its Development in Indonesia’, *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 6(4), pp. 311–320. doi: 10.15416/ijcp.2017.6.4.311.

*Globocan 2020* (no date). Available at: https://gco.iarc.fr/.

Kemenkes RI (2016) ‘Panduan Penatalaksanaan Kanker kolorektal’, *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, p. 76.

Kemenkes RI (2018) ‘Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018’, *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), pp. 1689–1699.

Khosama, Y. (2015) ‘Faktor Risiko Kanker Kolorektal’, *Cdk-234*, 42(11), pp. 829–832.

Kumar, M. *et al.* (2013) ‘Probiotic metabolites as epigenetic targets in the prevention of colon cancer’, *Nutrition Reviews*, 71(1), pp. 23–34. doi: 10.1111/j.1753-4887.2012.00542.x.

Kurniawan, A. (2013) ‘Patogenesis, diagnosis, dan penatalaksanaan tromboemboli vena pada kanker’, *Indonesian Journal of Cancer*, 7(3), pp. 103–110. Available at: file:///C:/Users/HPP/Downloads/289-299-1-SM (2).pdf.

Made Wirya Pratama, N., Gusti Ayu Agung Manik Yuniawati Wetan, N. and Ketut Widiana, I. (2021) ‘Faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengobatan kanker payudara: sebuah tinjauan sistematik’, *Intisari Sains Medis | Intisari Sains Medis*, 12(1), pp. 346–355. doi: 10.15562/ism.v12i1.927.

Miftahussurur, yudith (2020) ‘aspek diagnosis dan terapi terkini kolorektal’. Available at: https://books.google.co.id/books?id=OKhMEAAAQBAJ&lpg=PP1&ots=HjCC5hKw50&dq=patofisiologi kanker kolorektal&lr&hl=id&pg=PA1#v=onepage&q=patofisiologi kanker kolorektal&f=false.

Pratama, K. P. and 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), pp. 768–784.

Sari, S. amelia (2017) ‘No Titleהשפעות של השקיית גינות במים אפורים’, *מים והשקייה*, 549, pp. 40–42.

Sayuti, M. and Nouva, N. (2019) ‘Kanker Kolorektal’, *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 5(2), p. 76. doi: 10.29103/averrous.v5i2.2082.

SDKI, T. P. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.

Sumiyati and Kartika, L. (2021) *Anatomi Fisiologi*. Available at: https://books.google.co.id/books?id=mJkeEAAAQBAJ&lpg=PR17&ots=Rg0hloaJro&dq=anatomi fisiologi usus&lr&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q=anatomi fisiologi usus&f=false.

Suryaatmaja, D. J. C. and Wulandari, I. S. M. (2020) ‘Hubungan Tingkat Kecemasan Terhadap Sikap Remaja Akibat Pandemik Covid-19’, *Malahayati Nursing Journal*, 2(4), pp. 820–829. doi: 10.33024/manuju.v2i4.3131.

Suryani, Amalia and Mayasari (2020) *penatalaksanaan perioperatif*. Available at: https://books.google.co.id/books?id=K8c2EAAAQBAJ&lpg=PA105&ots=ZGcberRRGR&dq=perioperatif keperawatan&lr&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q=perioperatif keperawatan&f=false.

Wahyuni, A. (2019) ‘Studi Fenomenologi : Pengalaman Pasien Kanker Stadium Lanjut’, *Jurnal Online Mahasiswa*, 2(2), pp. 1041–1047.

Weiser, M. R. (2018) ‘AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer’, *Annals of Surgical Oncology*, 25(6), pp. 1454–1455. doi: 10.1245/s10434-018-6462-1.

Lampiran 1

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Farah Nisrina Putriastuty S.Kep

Nim : 2130057

Program Studi : Profesi Ners

Tempat Tanggal Lahir :Surabaya,02 November 1999

Agama : Islam

Email : Faranisrina99@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

* + - 1. SDN SIDOKLUMPUK Sidoarjo Tahun 2011
      2. SMP MUHAMMADIYAH 1 Sidoarjo Tahun 2014
      3. SMA MUHAMMADIYAH 2 Sidoarjo Tahun 2017
      4. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2021

Lampiran 2

**MOTTO & PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

***“Focus on getting healthy, getting money and getting your life together. If your dreams don’t scare you, they are too small”***

**PERSEMBAHAN**

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta’ala. Alhamdulillahirrabbilalamin atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya ini dengan baik. Karya ini saya persembahkan untuk :

1. Ayah dan ibu saya, Eddy Johansyah dan Enny Triastuti yang tiada hentinya berdoa untuk saya, mengingatkan saya untuk tidak meninggalkan sholat 5 waktu, memberi dukungan serta semangat dan selalu mengingatkan untuk tidak mudah menyerah untuk menyelesaikan skripsi ini dan menggapai tangga kesuksesan.
2. Yangkung dan yangti saya,yang telah banyak mengajarkan kepada saya untuk selalu mengingat dan melibatkan Allah dalam segala urusan, kesabaran serta keikhlasan dalam segala hal.
3. Kakak saya tersayang Fikhy Rahdian Johansyah yang selalu memberi semangat dan memberi ketenangan untuk melepas canda tawa.
4. Saudara-saudara saya tante, om, pakde, bude, serta kakak dan adik sepupu saya yang memberi dukungan.
5. Teman sekaligus sahabat tersayang dan canda tawanya yang membuat saya semangat untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini (Salsabilla, Melania, Arif, Jihan Nada)
6. Teman-teman Ners Angkatan 12 yang selalu memberi semangat serta dukungannya.
7. Serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan saya ucapkan banyak terima kasih atas segala doa dan dukungannya.

Lampiran 3

**SOP TRANSFUSI DARAH**

**Pengertian :**

Tranfusi darah merupakan tindakan yang dilakukan bagi klien yang memerlukan darah dengan memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan set tranfusi.

**Tujuan :**

* 1. Meningkatkan volume darah sirkulasi (setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan).
  2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien anemia berat.
  3. Memberikan komponen selular tertentu sebagai terapi sulih (misalnya, faktor pembekuan untuk membantu mengontrol perdarahan pada pasien hemofilia).

**Persiapan Alat:**

1. Kateter besar (18G atau 19G)
2. Cairan IV salin normal (Nacl 0.9%)
3. Set infuse darah dengan filter
4. Produk darah yang tepat
5. Sarung tangan sekali pakai
6. Kapas alcohol
7. Plester
8. Manset tekanan darah
9. Stetoskop
10. Thermometer
11. Format persetujuan pemberian transfusi yang ditanda tangani

**Prosedur:**

1. Jelaskan prosedur kepada klien, kaji pernah atau tidak klien menerima transfusi sebelumnya dan catat reaksi yang timbul
2. Minta klien untuk melaporkan adanya menggigil, sakit kepala, gatal-gatal atau ruam dengan segera
3. Pastikan bahwa klien telah menandatangani surat persetujuan
4. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan
5. Pasang selang IV dengan menggunakan kateter berukuran besar
6. Gunakan selang infuse yan memiliki filter didalam selang
7. Gantungkan botol larutan NaCl 0.9% untuk diberikan setelah pemberian infuse darah selesai
8. Ikuti protokol lembaga dalam mendapatkan produk darah dari bank darah
9. Identifikasi produk darah dan klien dengan benar 10 Ukur tanda vital dasar klien
10. Berikan dahulu NaCl 0,9%
11. Mulai berikan transfuse secara perlahan diawali dengan pengisian filter didalam selang 13 Atur kecepatan sampai 2ml/menit untuk 15 menit pertama dan tetaplah bersama klien. 14 Monitor tanda vital setiap 5 menit selama 15 menit pertama transfuse, selanjutnya ukur

setiap jam.

15 Pertahankan kecepatan infuse yang di programkan dengan menggunakan pompa infuse. 16 Lepas dan buang sarung tangan, cuci tangan dan dokumentasikan.

Lampiran 4

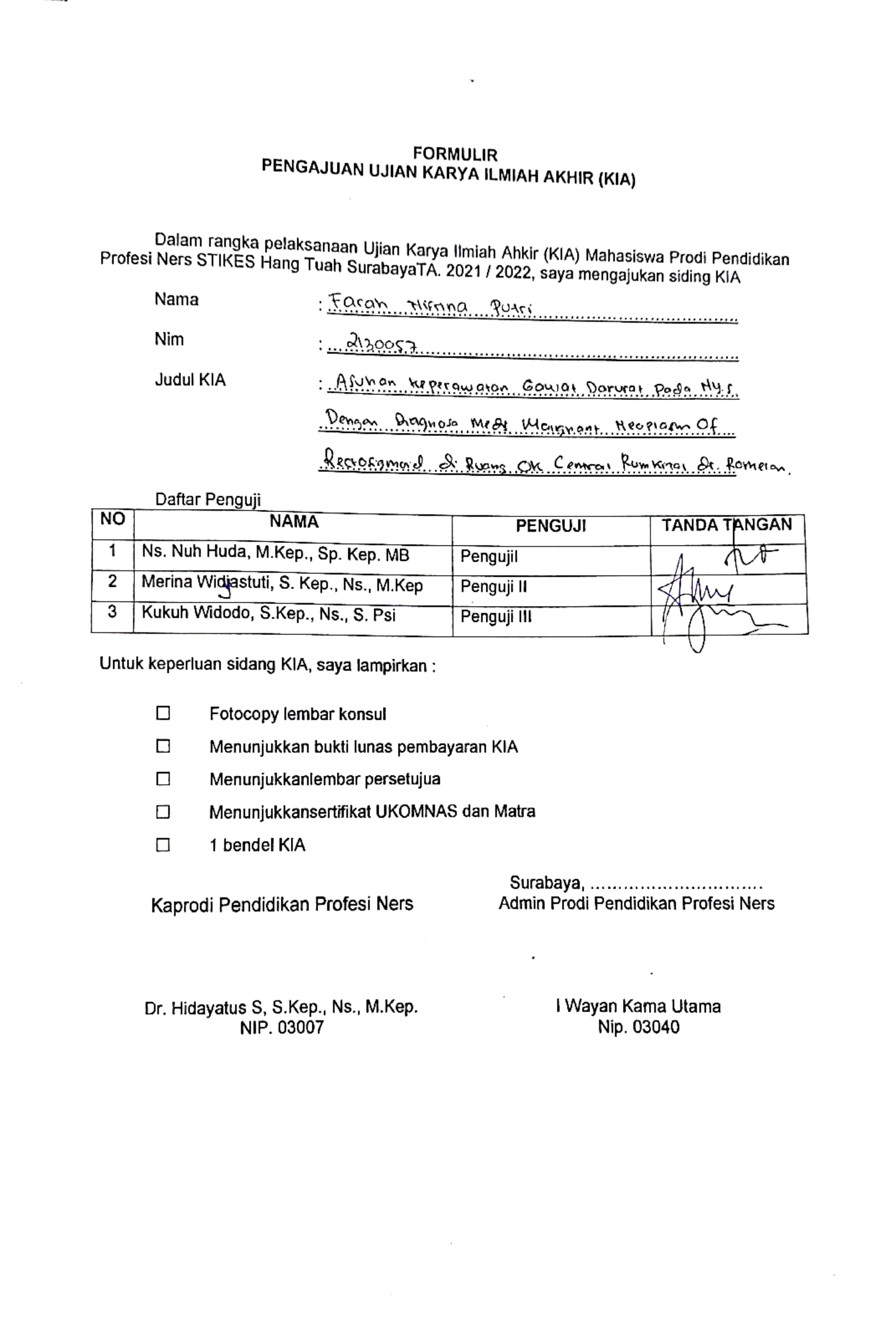
**SOP PEMBERIAN INJEKSI INTRAVENA LEWAT SALURAN INFUS**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pengertian | Memasukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dengan melalui saluran infus |
| 2. Tujuan | Sebagai tindakan pengobatan |
| 3. Prosedur | 1. Pra Tahap Interaksi    1. Mengecek status pasien dan mengkaji kebutuhan pasien terkait pemberian obat    2. Menyiapkan alat Bak instrumen :       * Obat yang akan diberikan       * Spuit atau disposibel spuit steril       * Desinfektan : Alcohol 70% dan Povidon iodine 10%       * Kapas alcohol atau kassa swap       * Lidi kapas dan kassa steril pada tempatnya       * Pengalas / perlak       * Bengkok dan galiot (kom kecil)       * Jam tangan yang ada detikan    3. Alat pelindung diri : sarung tangan    4. Alat tulis, form dokumentasi atau buku catatan injeksi    5. Menjaga lingkungan : Atur pencahayaan, jaga privacy klien, tutup pintu dan jendela/korden 2. Tahap orientasi  * Memberikan salam * Mengklarifikasi kontrak atau pemberian obat * Menjelaskan tujuan dan prosedur pemberian obat * Memberi kesempatan klien untuk bertanya |

|  |  |
| --- | --- |
|  | - Mendekatkan alat ke klien   1. Tahap Kerja    * Perawat mencuci tangan    * Memakai sarung tangan bersih    * Menyiapkan obat sesuai dengan dosis anjuran    * Mengatur posisi pasien untuk penyuntikan    * Memasang perlak dan pengalasnya pada area dibawah yang terpasang infus    * Mengecek kelancaran tetesan infuse sebelum obat dimasukkan    * Memastikan tidak ada udara pada spuit disposibl yang berisi obat    * Mematikan atau mengklame infuse    * Melakukan disinfektan pada area karet saluran infuse set pada saluran infuse    * Menusukkan jarum ke bagian karet saluran infuse dengan hati-hati dengan kemiringan jarum 15-45 derajat    * Melakukan aspirasi atau menghisap spuit disposable untuk memastikan bahwa obat masuk ke saluran vena dengan baik. Jika saat aspirasi terlihat darah keluar ke selang infuse maka obat siap untuk dimasukkan    * Memasukkan obat secara perlahan dengan mendorong pegangan disposable spuit sampai obat habis    * Mencabut jarum dari bagian karet saluran infuse dengan mendidih kapas pada lokasi tusukan jarum tadi    * Membuka klem cairan infuse dan mengobservasi kelancaran tetesan aliran infuse    * Membuang disposable spuit ke bengkok    * Menghitung tetesan infuse sesuai dengan petentuan program pemberian cairan    * Membereskan pasien    * Membereskan alat-alat    * Melepas sarung tangan    * Mencuci tangan 2. Tahap Terminasi    * Mengevaluasi respon klien    * Menyimpulkan hasil kegiatan    * Memberi pesan (menjaga posisi dan kelancaran)    * Melakukan kontrak selanjutnya (waktu, tempat, topik/kegiatan)   A. Pendokumentasian   * Nama pasien * Jenis obat |

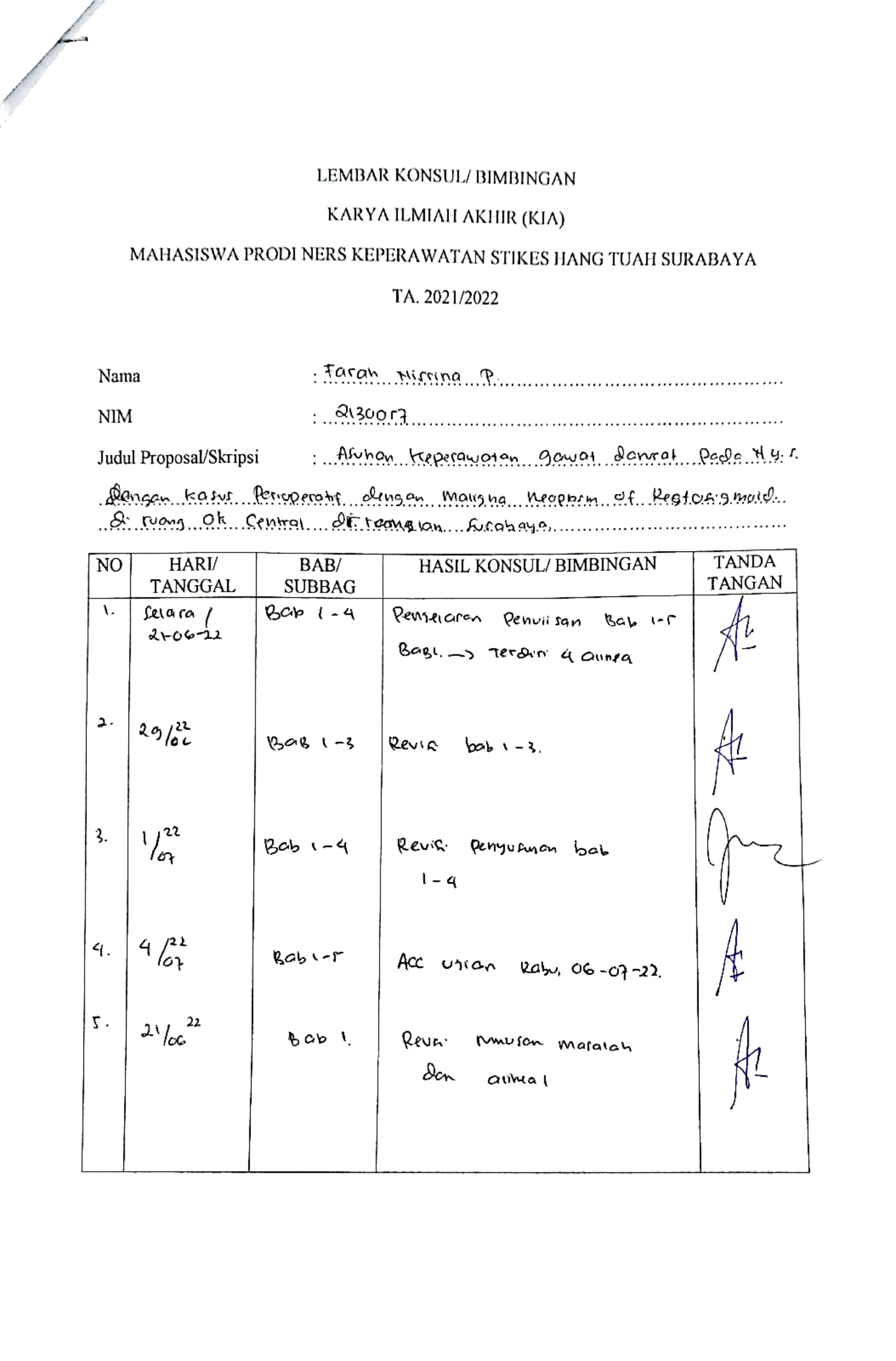
**Lampiran 5**

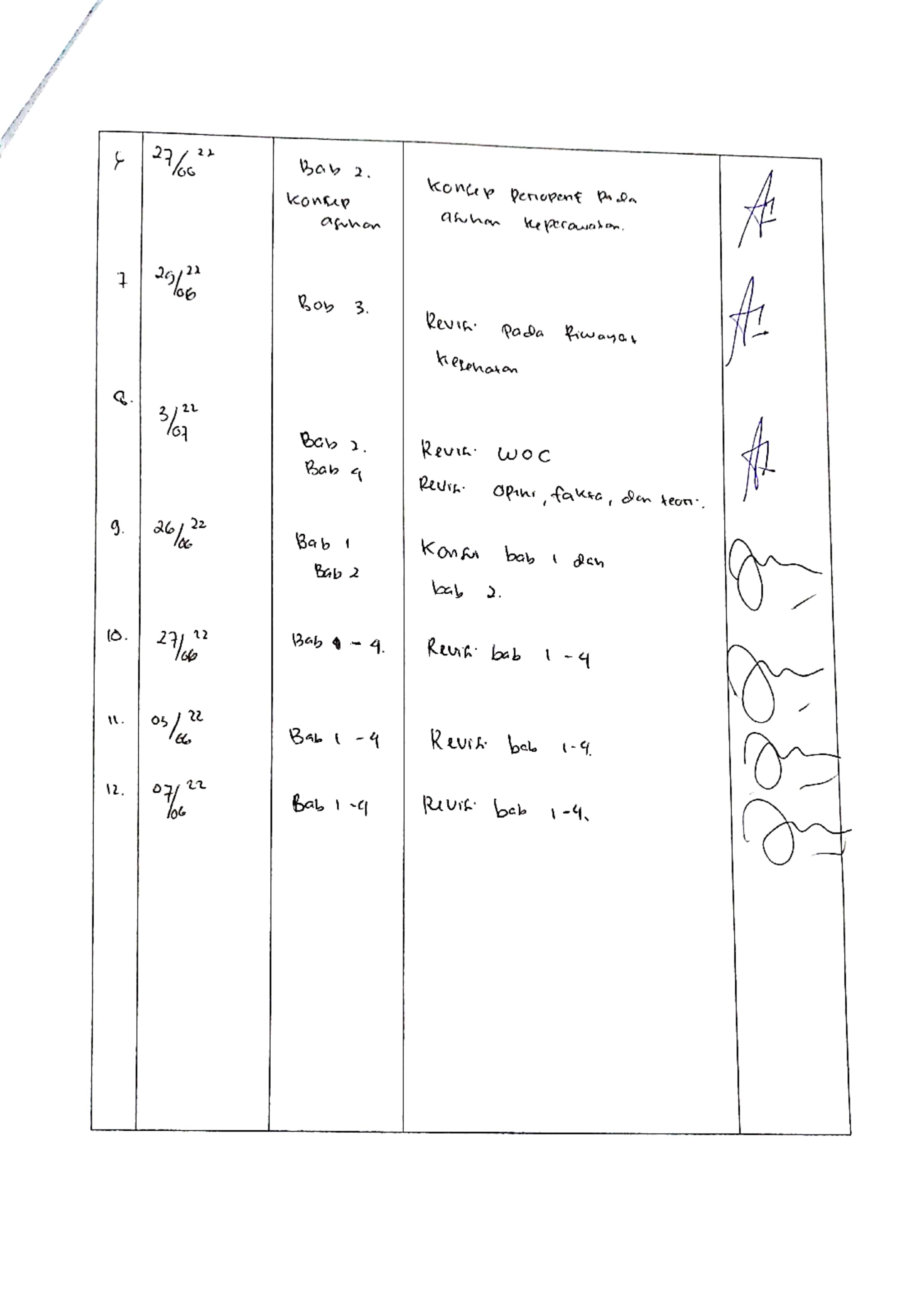
**Formulir Pengajuan Sidang KIA**

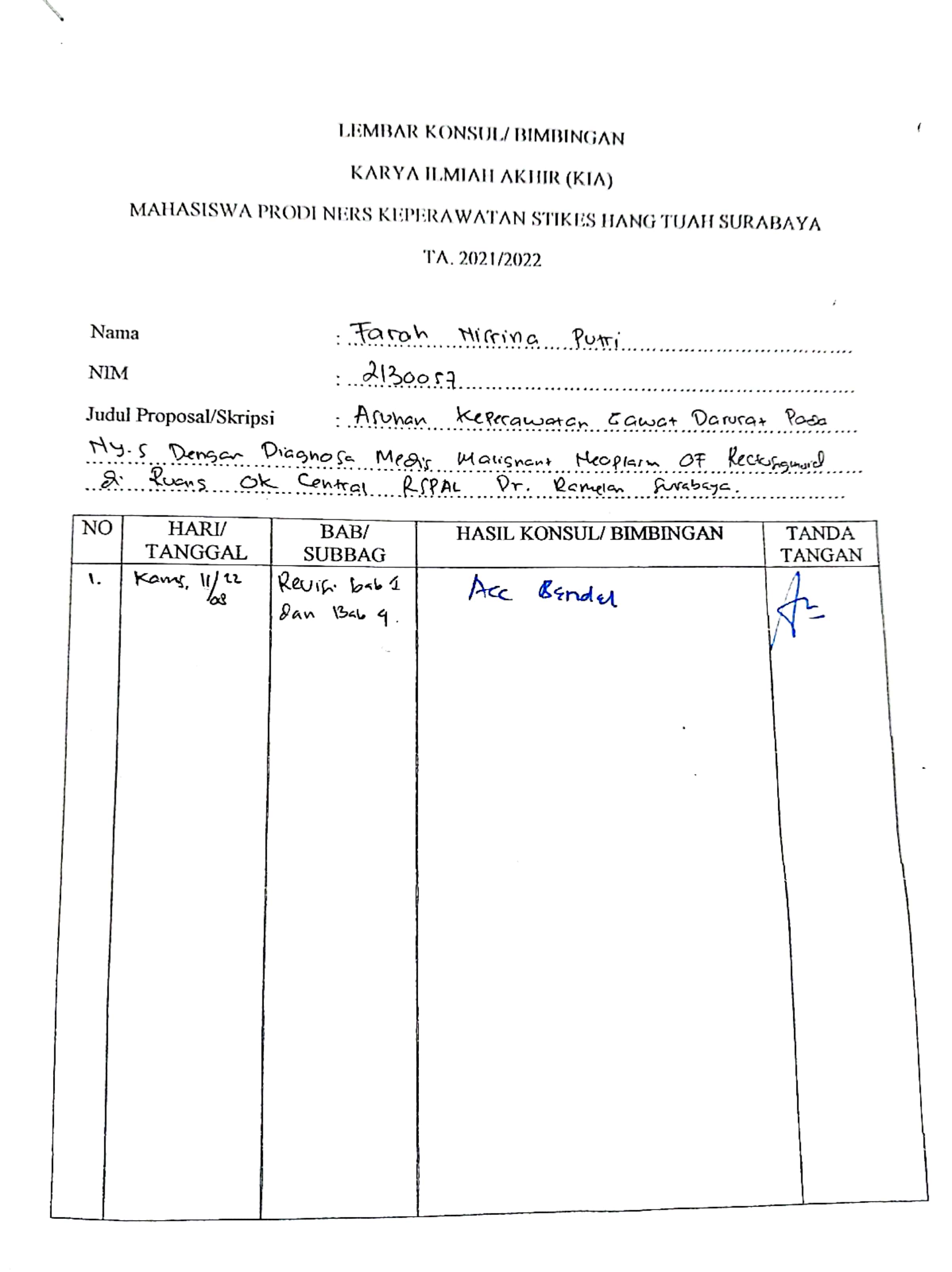
****

**Lampiran 6**

**Lembar Konsul/Bimbingan KIA**

****

****

****