KARYA TULIS ILMIAH

asuhan keperawatan pada tn. a dengan diagnosIS MEDIS PRE OPerasi KANKER rektum di ruang g1

rspal dr. ramelan

surabaya



oleh :

azizah dina alfina

1920006

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH

SURABAYA

2022

KARYA TULIS ILMIAH

asuhan keperawatan pada tn. a dengan diagnosIS MEDIS PRE OPerasi KANKER rektum di ruang g1

rspal dr. ramelan

surabaya

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

**Oleh :**

**AZIZAH DINA ALFINA**

**NIM. 1920006**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**STIKES 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 peaturan yang berlaku di Stikes HangTuah Surabaya.

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

 Surabaya,14 Februari 2022

Azizah Dina Alfina

NIM. 1920006

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Azizah Dina Alfina

Nim : 1920006

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Diagnosis Medis Pre Operasi Kanker Rectum Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

Surabaya, 24 Februari 2022

**Pembimbing I**

**Nur Muji Astuti S.Kep.,Ns., M.Kep**

**NIP.03044**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 15 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : AZIZAH DINA ALFINA

Nim : 1920006

Program Studi : D-III

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Diagnosis Medis Pre Operasi Kanker Rectum Di Ruang G1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 24, Februari 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Telah dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untukmemperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Penguji I : | Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep  NIP. 03023 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Penguji II : | Ami Ardianti, S Kep.Ns., M.Kep  Penata III/C 197901242006042001 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Penguji III : | Nur Muji Astuti., S.Kep., Ns., M.Kep  NIP. 03.044 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Mengetahui

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : STIKES HANGTUAH SURABAYA

Tanggal : 24 Februari 2022

Kata PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Kol 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 STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya untuk menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns, M. Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji 1 yang telah memberi saya kesempatan untuk bisa memperbaiki tulisan karya tulis ilmiah saya agar bisa menjadi tulisan yang mudah dipahami oleh pembaca
5. Ibu Ami Ardianti,S Kep.Ns,M.Kep selaku pembimbing dan penguji 2, yang telah besedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Tullis Ilmiah ini.
6. Ibu Nur Muji Astuti S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing dan penguji 3, yang tidak pernah merasa lelah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan karya tulis ilmiah kami.
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 Tulis Ilmiah ini. Juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama studi dan penulisannya.
8. Bu Nadia selaku Ketua Perpus Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
9. Terimakasih kepada keluarga Tn. A dan keluarga sudah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah saya
10. Sahabat-sahabat seperjuangan angkatan 25 dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bias berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah 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,17 Januari 2022

Penulis

Azizah Dina Alfina

1920006

**DAFTAR ISI**

[**KARYA TULIS ILMIAH 1**](#_Toc96278521)

[**SURAT PERNYATAAN i**](#_Toc96278522)

[**HALAMAN PERSETUJUAN ii**](#_Toc96278523)

[**HALAMAN PENGESAHAN iii**](#_Toc96278524)

[**KATA PENGANTAR iv**](#_Toc96278525)

[**DAFTAR ISI 6**](#_Toc96278526)

[**DAFTAR TABEL 1**](#_Toc96278527)

[**DAFTAR GAMBAR 1**](#_Toc96278528)

[**DAFTAR SINGKATAN 1**](#_Toc96278529)

**BAB 1** [**PENDAHULUAN 1**](#_Toc96278531)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc96278532)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc96278533)

[1.3 Tujuan Penelitian 3](#_Toc96278534)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc96278535)

[1.3.2 Tujuan Khusus 3](#_Toc96278536)

[1.4 Manfaat 4](#_Toc96278537)

[1.4.1 Akademis 4](#_Toc96278538)

[1.4.2 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit 4](#_Toc96278539)

[1.4.3 Bagi Peneliti 4](#_Toc96278540)

[1.5 Metode Penulisan 5](#_Toc96278541)

[1.5.1 Metode 5](#_Toc96278542)

[1.5.2 Teknik pengumpulan data 5](#_Toc96278543)

[1.5.3 Sumber data 5](#_Toc96278544)

[1.5.4 Studi kepustakaan 6](#_Toc96278545)

[1.6 Sistematika Penulisan 6](#_Toc96278546)

[1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan, pengesahan moto dan persembahan, kata pengatar, daftar isi. 6](#_Toc96278547)

[1.6.2 Bagian inti terdiri dari lima bab, yaitu: 6](#_Toc96278548)

[1.6.3 Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran 6](#_Toc96278549)

**BAB 2** [**TINJAUAN PUSTAKA 7**](#_Toc96278551)

[2.1 Konsep Kanker Rectum. 7](#_Toc96278552)

[2.1.1. Anatomi dan Fisiologi Kanker Rectum. 7](#_Toc96278553)

[2.1.2. Definisi 10](#_Toc96278554)

[2.1.3. Etiologi 10](#_Toc96278555)

[2.1.4. Manifestasi Klinis 12](#_Toc96278556)

[2.1.5. Patofisiologi 13](#_Toc96278557)

[2.1.6 WOC 15](#_Toc96278558)

[2.1.7 Klasifikasi dan Stadium Kanker Rectum 16](#_Toc96278559)

[2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 17](#_Toc96278560)

[2.1.9 Penatalaksanaan 19](#_Toc96278561)

[2.1.10 Komplikasi 20](#_Toc96278562)

[2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ca rektum 20](#_Toc96278563)

[2.2.1 Pengkajian 20](#_Toc96278564)

[2.2.2 Diagnosis Keperawatan 23](#_Toc96278565)

[2.2.3 Pelaksanaan 27](#_Toc96278566)

[2.2.4 Evaluasi 27](#_Toc96278567)

[**BAB**](#_Toc96278568) **3** [**TINJAUAN KASUS 28**](#_Toc96278569)

[3.1. Pengkajian 28](#_Toc96278570)

[3.1.1. Identitas 28](#_Toc96278571)

[3.1.2. Keluhan Utama 28](#_Toc96278572)

[3.1.3. Riwayat Penyakit Sekarang 28](#_Toc96278573)

[3.1.4. Riwayat Penyakit Dahulu 29](#_Toc96278574)

[3.1.5. Riwayat Kesehata Keluarga 29](#_Toc96278575)

[3.1.7. Riwayat alergi 30](#_Toc96278576)

[3.1.8. Observasi dan Pemeriksaan Fisik 30](#_Toc96278577)

[3.1.9 B 1 (Breathing) 30](#_Toc96278578)

[3.1.10 B 2 Kardiovaskuler (Blood) 30](#_Toc96278579)

[3.1.11 B 3 (Brain) 31](#_Toc96278580)

[3.1.12 B 4 Perkemihan (Bladder) 32](#_Toc96278581)

[3.1.13 B5 Pencernaan (Bowel) 33](#_Toc96278582)

[3.1.14 B 6 Muskuloskeletal (Bone) 33](#_Toc96278583)

[3.1.15 Endokrin 33](#_Toc96278584)

[3.1.16 Seksual & Reproduksi 34](#_Toc96278585)

[3.1.17 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan 34](#_Toc96278586)

[3.1.18 Kognitif Perseptual Psiko-Sosio-Spiritual 35](#_Toc96278587)

[3.1.19 Pemeriksaan Penunjang 36](#_Toc96278588)

[3.2 Analisis Data (Diagnosa Keperawatan) 40](#_Toc96278589)

[3.3 Prioritas Masalah 42](#_Toc96278590)

[3.4 Intervensi Keperawatan 43](#_Toc96278591)

[3.5 Implementasi Keperawatan 47](#_Toc96278592)

[**BAB**](#_Toc96278593) **4** [**PEMBAHASAN 52**](#_Toc96278594)

[4.1 Pengkajian 52](#_Toc96278595)

[4.2 Diagnosis Keperawatan 55](#_Toc96278596)

[4.3 Perencanaan 56](#_Toc96278597)

[4.4 Pelaksanaan 58](#_Toc96278598)

[4.5 Evaluasi 61](#_Toc96278599)

[4.6 Dokumentasi 62](#_Toc96278600)

[**BAB**](#_Toc96278601) **5** [**PENUTUP 63**](#_Toc96278602)

[5.1 Simpulan 63](#_Toc96278603)

[4.2 Saran 64](#_Toc96278604)

[DAFTAR PUSTAKA 66](#_Toc96278605)

[Lampiran 1 67](#_Toc96278606)

# DAFTAR TABEL

[Tabel 2.1 Intervensi keperawatan 24](#_Toc95657275)

[Tabel 3.1 Hasil Laboratorium di IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya 36](#_Toc95657276)

[Tabel 3.2 Hasil Laboratorium di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. 37](#_Toc95657277)

[Tabel 3.3 Obat-Obatan pada pasien Tn. A 39](#_Toc95657278)

[Tabel 3.4 Analisis Data 40](#_Toc95657279)

[Tabel 3.5 Prioritas Masalah 42](#_Toc95657280)

[Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan 43](#_Toc95657281)

[Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan 47](#_Toc95657282)

# 

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2.1 Anatomi kolon dan rektum. 8](#_Toc95658646)

[Gambar 2.2 Bagian-bagian rektum. 9](#_Toc95658647)

[Gambar 2.3 WOC Kanker Rectum 16](#_Toc95658648)

[Gambar 3.1 Genogram 30](#_Toc95658649)

# 

# DAFTAR SINGKATAN

FAP: Familiar Adenomatus Polyp

APC: Adenomatous Polyposis Coli

ACA: American Cancer Associaty

KK: Kersinoma Kolorectal

PPNI: persatuan perawat nasional indonesia

SDKI: standar diagnosa keperawatan indonesia

SOAP: standar operasional prosedur

TTV: Tanda – tanda vital

MRS: Masuk rumah sakit

SMRS: Sebelum masuk rumah sakit

NGT: nasogastric tube

KGB: Kanker Getah Bening

IGD : Unit Gawat Darurat

MSCT : untuk menilai fungsi jantung dan arteri koronaria menggunakan sinar x dan cairan pewarna.

BOF : Pemeriksaan rontgen yang disebut dengan foto polos abdomen

# 

# BAB 1

# PENDAHULUAN

1. **Latar Belakang**

Perubahan gaya hidup dan pola makan mempengaruhi terjadinya kanker rectum (Di & Djamil, 2019). Kanker rectum adalah keganasan yang terjadi pada bagian rectum. biasanya kanker rectum secara teori bergabung dengan kanker kolon (Kumala Sari, 2011). Kanker rectum merupakan bagian 15cm dari usus besar dan terletak dalam rongga panggul ditengah tulang pinggul. Kanker rectum adalah bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut dengan *traktus gastrointestinal* (Kemenkes RI, 2016).

Kanker rectum adalah kanker ketiga yang banyak terjadi didunia dengan presentasi 11,2% atau 1.849.518 kasus dari jumlah seluruh penderita kanker diseluruh dunia dan kanker kedua dengan jumlah kematian 9,2% atau 880.792 di tahun 2018. Di Indonesia kanker rectum adalah kanker yang sering terjadi baik pria maupun wanita, prevalensi tahun 2013 sampai 2018 terjadi 32.069 kasus dengan 14.112 kasus baru di tahun 2018 (Ferlay et al., 2018). Data awal yang dikumpulkan penulis di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada per bulan januari 2021-Januari 2022 terdapat 9 pasien yang terdignosis kanker rectum (Buku registrasi ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, 2021). Peningkatan jumlah pasien kanker rectum didapatkan oleh perubahan diet pada orang Indonesia, baik sebagai konsekuensi peningkatan kemakmuran serta pergeseran kearah cara makan orang barat (Westernisasi) yang lebih tinggi lemak dan rendah serat (Kemenkes RI, 2016). Secara umum perkembangan kanker rectum merupakan interaksi antar faktor lingkungan dan faktor genetik yang didapat dan berkembang menjadi kanker rectum. Faktor resiko terbagi menjadi dua faktor yang didapat dimodifikasi adalah riwayat keluarga dan individu polip adenoma, dan riwayat indovidual penyakit inflamatori pada usus. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah inaktivitas, obesitas, konsumsi tinggi daging merah, konsumsi rokok dan konsumsi moderat, sering minum alkohol (Kemenkes RI, 2016).

Selama perawatan, pasien dengan kanker rectum memiliki banyak masalah seperti nyeri, resiko tinggi injury karna anemia, gangguan konsep diri, intoleransi aktivitas,gangguan integritas kulit, ketidakseimbangan nutrisi, resiko tinggi infeksi dan kecemasan pada pasien dan keluarga (Sri Mulyani, 2016). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien pre operasi ca rektum adalah defisit nutrisi,nyeri kronik, risiko infeksi dan ansietas.

Tindakan untuk pasien pre operasi kanker rektum metastase yaitu tindakan *pro colotranvestomi* dan masalah yang sering muncul adalah nyeri, kecemasan, mual/muntah, konstipasi, penurunan nafsu makan, dan kelemahan fisik. Bahkan dengan pilihan terapi efektif tersedia, lebih dari 40% pasien dengan nyeri kanker kekurangan sumber daya untuk mengatasi nyerinya secara efektif. Beberapa hambatan yang erat kaitannya dengan pasien menghalangi tercapainya manajemen nyeri yang optimal (Koller, et al, 2012). Fungsi perawat adalah melakukan komunikasi paliatif untuk meringankan gejala klien, bukan berarti menyembuhkan dengan cara membantu mengelola rasa sakitnya, menenangkan, memberikan perawatan yang sederhana dan efektif dengan cara membantu mengelola rasa sakitnya, dengan cara kolaborasi pemberian obat nyeri, memberikan rasa kenyamanan saat pasien merasa kesulitan dalam tidur, mendampingi pasien untuk semakin mendekatkan diri kepada Tuhan YME, memberikan motivasi yang tinggi seperti bimbingan rohani untuk mendekatkan diri kepada Tuhan YME (Pahlevi & Setyawan, 2016)

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik menyusun karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih dalam dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosis medis kanker rektum di ruang G1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya”.

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

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Pre Operasi kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. Tujuan Khusus

1. Melakukan Pengkajian pada pasien Tn.A dengan diagnosis medis Pre Operasi kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Pre Operasi kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Pre Operasi kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan Tn.A dengan diagnosis medis Pre Operasi kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi pasien Tn.A dengan diagnosis medis Pre Operasi kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosis medis Pre Operasi kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
   1. Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

* + 1. Akademis

Dari segi akademis merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan dengan diagnosis medis pre op kanker rectum dengan baik.

* + 1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukkan dalam pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan pre operasi kanker rectum dengan baik.

* + 1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis pre operasi kanker rectum

* 1. Metode Penulisan
     1. Metode

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

* + 1. Teknik pengumpulan data

1. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui perckapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

1. Observasi

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

1. Pemeriksaan

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

* + 1. Sumber data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang memperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien SIM rumah sakit, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan lain.

* + 1. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku, jurnal sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis imiah dan masalah yang dibahas.

* 1. Sistematika Penulisan

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

* + 1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan, pengesahan dan persembahan, kata pengatar, daftar isi.
    2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yaitu:

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

BAB 2: Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis kanker rectum serta kerangka masalah.

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4: Pembahasan yang berisi perbandingan antara tori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5: Penutup, berisi kesimpulan dari bab 1 sampai dengan bab 4 serta saran.

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

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

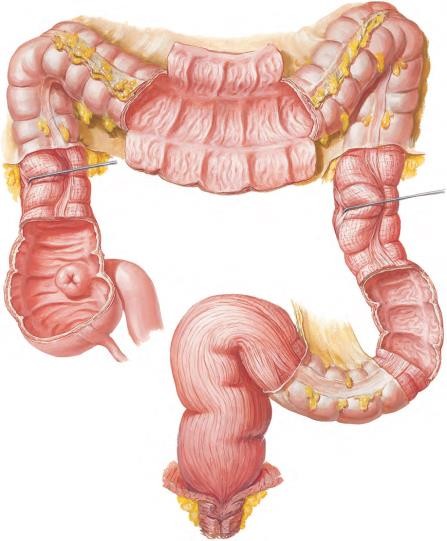
Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis konsep penyakit dan konsep asuhan keperawatan kanker rectum. Konsep penyakit akan diuraikan anatomi dan fisiologi, definisi, etiologi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **Konsep Kanker Rectum.**
2. **Anatomi dan Fisiologi Kanker Rectum.**

Rektum merupakan sebuah saluran yang berawal dari ujung usus besar dan berakhir di anus. Rektum berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rectum akan kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon *desendens.* Jika kolon *desendens* penuh dan tinja masuk ke dalam rectum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (defekasi). Mengembangkan dinding rectum karena penumpukan material didalam rectum akan memicu sistem syaraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, seringkali material akan dikembalikan ke usus besar, dimana penyerapan air akan kembali dilakukan (Poltekkes Semarang, 2014)

Keterangan:

* + - 1. 1. Colon Asendens



1

2

7 5

8

6

4

* + - 1. Colon Transversum
      2. Colon Desendens
      3. Sigmoid
      4. Rectosigmoid
      5. Rektum
      6. Ileum
      7. Appendiks

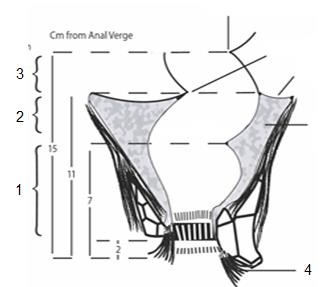
Gambar 2.1 Anatomi kolon dan rektum (Poltekkes Semarang, 2014).

Panjang rektum sekitar 15-20cm dan berbentuk-S. Mula-mula rektum mengikuti kecembungan os sacrum, *flexura sacralis,* lalu memutar ke belakang setinggi *os coccygis* dan berjalan melalui dasar pelvis, *flexura perinealis.* Akhirnya rektum menjadi *canalis analis* dan berakhir pada anus. Sepertiga atas rektum merupakan bagian yang sangat lebar yaitu *ampulla recti*. Jika ampulla terisi maka timbul perasaan ingin defekasi (Poltekkes Semarang, 2014).

Rektum biasanya kosong sampai menjelang defekasi. Seorang yang mempunyai kebiasaan teratur akan merasa kebutuhan membuang air besar pada kira-kira waktu yang sama setiap hari. Hal ini disebabkan oleh *reflex gastrokolika* yang biasanya bekerja sesudah makan pagi. Setelah makanan mencapai lambug dan setelah pencernaan dimulai, maka *peristaltik* di dalam usus akibat rangsangan isi usus, gerakan peristaltik merambat ke kolon dan sisa makanan akhirnya terdorong, dan makanan yang mencapai sekum mulai bergerak. Isi kolon pelvis masuk kedalam sekum disertai gerakan peristaltik keras terjadi di dalam kolon. Tekanan di intra abdominal bertambah dengan penutupan glottis dan diafragma dan otot abdominal, sfingter anus akan mendorong dan kerjanya berakhir (Judha dkk, 2012).

Rektum merupakan bagian distal dari usus besar yang dimulai dari setinggi corpus sacralis tiga (Poltekkes Semarang, 2014). Rektum dibagi menjadi 3 bagian diantaranya yaitu :

1. Rektum bagian bawah, yaitu sepanjang 3 - 6 cm dari *anal verge*
2. Rektum bagian tengah, yaitu sepanjang 6 – 10 cm dari *anal verge*
3. Rectum bagian atas yaitu sepanjang sekitar 10 – 15 cm dari *anal verge*



Keterangan:

1. Bagian bawah rektum
2. Bagian tengah rektum
3. Bagian atas rektum
4. *Anal Verge*

4

1

3

2

Gambar 2.2 Bagian-bagian rektum (Poltekkes Semarang, 2014).

Sepertiga atas rektum dikelilingi oleh peritoneum pada permukaan anterior dan lateralnya. Lokasi dari tumor rektum umumnya diidentifikasi berdasarkan jarak dari *anal verge*, *linea dentata*, atau cincin *anorektal* ke bagian distal tumor. Dalam menentukan perluasan tumor primer pada rektum, sangatlah penting untuk mengetahui lapisan-lapisan dindingnya. (Poltekkes Semarang, 2014).

1. **Definisi**

Kanker rektum diartikan sebagai keganasan yang terjadi pada rektum, yaitu bagian terbawah dari usus besar. Salah satu pemicu kanker rektum yaitu masalah nutrisi dan kurangnya olah raga. Gejala kanker rektum yaitu adanya penggumpalan darah dalam satu jaringan cerna, diare atau kostipasi, serta penurunan berat badan. Selain itu, penderita kanker rektum juga merasakan nyeri di abdomen atau rektum, kejang rektum, dan kelelahan yang berlanjut (Poltekkes Semarang, 2014).

1. **Etiologi**

Menurut (Kumala Sari, 2011) Penyebab kanker rectum belum diketahui secara pasti. Perkembangan kanker rectum merupakan interaksi antara faktor lingkungan dan genetic. Faktor lingkungan multipel bereaksi terhadap faktor *predisposisi genetic* atau defekasi yang didapat dan berkembang menjadi kanker rectum. faktor predisposisi dapat dibagi dua: faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi:

1. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah
2. Usia lebih dari 50 tahun

Insiden usia pasien dengan kanker rectum 90% berusia lebih dari 50 tahun. Hanya 5% dari pasien kurang dari 40 tahun.

1. Faktor keturunan

Resiko relatif kanker rectum berkembang meningkat pada tingkat pertama pada pasien yang terkena. Jika tingkat pertama anggota keluarga yang lebih muda terkena dari 45 tahun pada saat diagnosis, peningkatan resiko bahkan lebih tinggi.

1. Penyakit genetik

*Familiar adenomatus polyposis (* FAP), FAP adalah warisan dominan sindrom autosomal yang menyebabkan perkembangan lebih dari 100 polip adenomatosa dan berbagai manifestasi ekstra colon. Cacat dalam gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) yang terletak pada kromosom 5 pada lokus Q21. Proses penyakit menyebabkan terbentuknya ratusan polip usus, osteomalasia, tumor desmoid dan terkadang tumor otak. Peningkatan jumlah polip, memberikan predisposisi resiko yang lebih besar untuk menjadi kanker.

1. Riwayat individual penyakit kronis inflammatory pada usus

Resiko kanker meningkat dengan semakin tinggi kondisi durasi penyakit setelah 10 tahun, kolotis ulserativa memberikan insiden kanker colorectal sekital 1% pertahun. Klien harus dievaluasi untuk perubahan displastik melalui kolonoskopi secara reguler. Displasia adalah pendahulu kanker dan jika ada resiko kanker adalah 30% insiden kanker rectum pada klien dengan peyakit cronh adalah 4-20 kali lebih besar daripada populasi umum (Muttaqin & Sari, 2014).

1. Faktor predisposisi yang dapat dimodifikasi :
2. Diet rendah serat tinggi protein dan lemak hewani

Beberapa studi yang dilakukan oleh *American Cancer Associaty* menemukan bahwa konsumsi tinggi daging merah/daging yang telah diproses seperti digoreng dan dibakar dapat berisi zat-zat kimia yang meningkatkan resiko kanker rectum. Diet ini terlibat dalam perkembangan kanker rectum. Diet rendah serat akan menurunkan waktu transit pada colon dan potensial meningkat.

Kontak karsmogen endogen maupun eksogen dengan mukosa colon, diet rendah serat, tinggi protein dan tinggi lemak mengakibatkan perubahan pada flora faeses dan degradasi garam empedu atau hasil pemecahan protein dan tinggi lemak mengakibatkan perubahan pada flora faeses dan degradasi garam empedu atau hasil pemecahan protein dan lemak, dimana sebagian zat-zat ini bersifat karsmogenik (Wijaya, 2013)

1. Alkohol

Konsumsi alkohol lebih dari 30 gram sehari telah dikaitkan dengan peningkatan resiko *kersinoma kolorectal*, dengan resiko kanker rectum lebih besar dari kanker usus besar. Muncul resiko yang lebih besar dengan bir daripada anggur lebih meningkatkan kanker rectum pada laki-laki (Kumala Sari, 2011)

1. Tembakau

Merokok terutama mulai usisa muda, meningkatkan resiko kanker kolorectal kemungkinan mekaniseme untuk perkembangan tumor termsuk produktif amino aromatic polycylic beracun dan mekanisme angiogenic induksi akibat asap tembakau (widya hartati, 2020).

1. **Manifestasi Klinis**

Gejala atau tanda dini kanker rectum tidak ada. Umumnya gejala pertama timbul karena penyulit, yaitu gangguan faal usus, obstruksi, perdarahan, atau akibat penyebaran. Kanker rectum menimbulkan perubahan pola defekasi seperti konstipasi atau defekasi dengan tanesmi. Makin kedistal letak tumor, feses makin menipis, atau seperti kotoran kambing, atau lebih cair disertai darah dan lender. Tanesmi merupakan gejala yang didapat pada kanker rectum. Pendarahan akut jarang dialami, demikian nyeri didaerah panggul berupa tanda penyakit lanjut. Bila ada obstruksi, klien flatus dapat membantu memberi kenyamanan pada abdomen (Sjamsuhidajat, 2016). Gejala yang menonjol adalah (Henri, 2018):

1. Perubahan kebiasaan defekasi
2. Terdapat darah dalam feses adalah geja umum kedua
3. Gejala anemia tanpa diketahui penyebabnya
4. Anoreksia
5. Penurunan berat badan tanpa alasan
6. Keletihan
7. Mual dan muntah
8. Usus besar terasa tidak kosong seluruhnya setelah BAB
9. **Patofisiologi**

Umumnya kanker rectum adalah adenokarsinoma yang berkembang dengan polip adenoma. Insiden tumor dari kolon kanan meningkat, meskipun umumnya masih terjadi di kanker rektum dan kolon sigmoid. Perubahan tumor secara tipekal tidak terdeteksi, menimbulkan beberapa gejala. Pada saat timbul gejala, penyakit mungkin sudah tersebar ke dalam lapisan lebih dalam dari jaringan usus dan organ – organ yang berdekatan. Kanker rectum menyebar luas langsung ke sekeliling permukaan usus, submukosa dan dinding luar usus. struktur yang berdekatan seperti hepar, kurvatura mayor, lambung, duodenum, usus halus, pankreas, limpa, saluran genitourinari dan dinding abdomen juga dapat dikenai oleh perluasan. Metastase ke getah beningregional sering berasal dari penyebaran tumor. Tanda ini tidak selalu terjadi, bisa saja kelenjar yang jatuh sudah dikenai namun kelenjar regional masih normal (Sayuti & Nouva, 2019).

Pada saat timbul gejala, penyakit mungkin sudah menyebar ke dalam lapisan lebih dalam dari jaringan usus dan organ-organ yang berdekatan. Kanker kolorektal menyebar dengan perluasan langsung ke sekeliling permukaan usus, submukosa, dan dinding luar usus. struktur yang berdekatan seperti hepar, kurvutura mayor lambung, duodenum, usus halus, pankreas, limpa, saluran genitourinary, dan dinding abdominal juga dapat dikenai oleh perluasan. Metastasis ke kelenjar getah bening regional sering berasal dari penyebaran tumor. Tanda ini tidak selalu terjadi, bisa saja kelenjar yang jauh sudah dikenal namun kelenjar regional masih normal. Sel-sel kanker dari tumor primer dapat juga menyebar melalui sistem limpatik atau sistem sirkulasi ke area sekunder seperti hepar, paru-paru, otak, tulang, dan ginjal. “Penyemaian” dari tumor ke area lain dari rongga peritoneal dapat terjadi bila tumor meluas melalui serosa atau selama pemotongan pembedahan (Black, 2014)

Sebagian besar tumor maligna (minimal 50%) terjadi pada area rektal dan 20-30 % terjadi di sigmoid dan kolon desending. Tumor bowel maligna dengan cara (Sayuti & Nouva, 2019)

Menyebar secara langsung pada daerah disekitar tumor secara langsung misalnya ke abdomen dari kolon transversum.

Melalui saluran limfa dan hematogen biasanya ke hati, juga bisa mengenai paru – paru, ginjal dan tulang.

### 2.1.6 WOC

Faktor Gerontologi Polip Kolorektal Riwayat Kanker Pola Makanan Ulcerasi

Yang buruk Colitis

Kanker Rectum

Invasi Jaringan dan efek Kompresi oleh Kanker

Inflamasi Jaringan Destruksi Jaringan Syaraf Perubahan Stat

Kehilangan Fungsi Merangsang Serabut Saraf Stres Psikologi Colon Nyeri

Gangguan Absorsi Infiltrasi pada Membran Anoresia

Cairan Basal

BAB cair Hiperplasia sel-sel Intakinadekal

**Diare**  Tumor semakin BBMenurun

Membesar

Turgor kulit Menurun Mendesak ujung-ujung **DefisiNutrisi**

Syaraf Bebas

**Hipovolemia** Nyeri Hingga Bertahun-Tahun **NyeriKronis**

Tindakan

Pembedahan Colostomy Kemoterapi

Aspek Psikolog Pasca Pembedahan Pemasangan Efek pemberian

Colostomy obat kemoterapi

Gen Respon Luka Pasca Bedah BAB cair **MK: Nausea**

Psikolog

Gelisah Post de Entrea Iritasi Area

Sekitar Stoma

**Ansietas Resiko Infeksi Gangguan Integritas**

**Kulit**

Gambar 2.3 WOC Kanker Rectum (Wahyuningsih,2018 dan PPNI,2017)

1. **Klasifikasi dan Stadium Kanker Rectum**

Menurut (widya hartati, 2020) klasifikasi terbagi menjadi 4 yaitu :

1. Stadium 0 (Carcinoma in situ).

Kanker rectum belum menembus membran basal dari mukosa kolon atau rektum

1. Stadium 1

Kanker rectum telah menembus membran basal hingga lapisam kedua atau ketiga (submukosa/muskularis propria) dari lapisan dinding kolon/rektum tetapi belum menyebar keluar dari dinding kolon/rektum

1. Stadium II

Kanker rectum telah menembus jaringan serosa dan menyebar keluar dari dinding rectum

1. Stadium III

Kanker rectum telah menyebar pada kelenjar getah bening terdekat tetapi belum pada organ tubuh lainnya

1. Stadium IV

Kanker rectum telah menyebar pada organ tubuh lainnya

1. **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan kanker rectum adalah sebagai yang dilakukan pada pasien dengan kanker rectum adalah sebagai berikut (Sayuti & Nouva, 2019)

1. Pemeriksaan laboratorium klinis.

Pemeriksaan laboratorium terhadap karsinoma kolorektal bisa untuk menegakkan diagnosa maupun monitoring perkembangan atau kekambuhan. Pemeriksaan terhadap kanker ini antara lain pemeriksaan darah, HB, elektrolit, dan pemeriksaan tinja yang merupakan pemeriksaan rutin.

1. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi pada kanker rectum adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus. hasil pemeriksaan ini adalah hasil histopatologi yang merupakan diagnosa definitif.

1. Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen.

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan kanker rectum, antara lain (Lusinah, 2010).

1. CT colonography

Keunggulan CT colonography adalah memiliki sensifikasi tinggi di dalam mendiagnosis kanker rectum dan dapat memberikan informasi keadaan diluar kolon, termasuk untuk menentukan stadium melalui penilainan invasi lokal, metastasis hepar, dan kelenjar getah bening.

Menurut (Kemenkes RI, 2017) Pemeriksaan Penunjang dalam menegakkan diagnosis kanker rectum beberapa pemeriksaan yang sering dilakukan adalah: Pemeriksaan

1. Laboratorium Hematologik : darah perifer lengkap,
2. LED, hitung jenis.
3. Kimia darah Tumor marker CEA Pemeriksaan Radiologik
4. Pemeriksaan foto toraks PA
5. CT scan/MRI
6. Ultrasonografi (USG) abdomen
7. Ultrasonografi (USG) endorektal (bila dapat dikerjakan)
8. PET scan (bila diperlukan/tidak rutin)

Pemeriksaan Patologi Anatomi Biopsi dari rektum dan spesimen reseksi menentukan jenis keganasan dan derajat diferensiasinya Pemeriksaan Kolonoskopi/proktoskopi Endoskopi Pemeriksaan endoskopi yang dapat dilakukan:

1. Sigmoidoskopi rigid / Rektoskopi
2. Sigmoidoskopi fleksibel (Lebih efektif dibandingkan dengan sigmoidoskopi
3. **Penatalaksanaan**
4. Pembedahan

Satu-satunya kemungkinan terapi kuratif ialah tindak bedah. Tujuan utama ialah memperlancar saluran cerna, baik bersifat kuratif maupun nonkuratif. Tindak bedah terdiri atas reseksi luas karsinoma primer dan kelenjar limf regional. Bila sudah terjadi metastasis jauh, tumor primer akan di reseksi juga dengan maksud mencegah obstruksi. perdarahan, anemia, inkontinensia, fistel, dan nyeri (Sjamsuhidajat, 2016)

1. Kolostomi

Kolostomi adalah pembuatan lubang sementara permanen dari usus besar melalui dinding perut dengan tindakan bedah bila jalan ke anus tidak bisa berfungsi, dengan cara pengalihan aliran feses dari kolon karena gangguan fungsi anus (Lusinah, 2010)

1. Radiasi

Terapi radiasi merupakan penanganan karsinoma dengan menggunakan x-ray berenergi tinggi untuk membunuh sel karsinoma. Terdapat 2 cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan radiasi eksternal dan radiasi internal. Radiasi eksternal (external beam radiation therapy) merupakan penanganan dimana radiasi tingkat tinggi secara tepat diarahkan pada sel karsinoma. Terapi radiasi tidak menyakitkan dan pemberian radiasi hanya berlangsung menit (Qosim, 2013).

1. Kemoterapi

Kemoterapi pada kanker kolorektal dapat dilakukan sebagai terapi ajuvan, neoaduvan atau paliatif. Terapi ajuvan direkomendasikan untuk kanker rektum stadium II dan stadium III yang memiliki risiko tinggi (Rahdi et al., 2014).

* + 1. **Komplikasi**

Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap. Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon dan rektum yang menyebabkan hemoragi. Perforasi dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses. Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok (Kemenkes RI, 2016).

1. **Konsep Asuhan Keperawatan Ca rektum**
2. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan

suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2008). Dalam tahap ini dilakukan pengumpulan data dengan cara anamnesa yang diperoleh dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta mempelajari status klien. Pengkajian yang dilakukan pada klien dengan kanker rectum dan anemi meliputi:

1. Pengumpulan Data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data data) dari klien yang meliputi unsur bio-psioko-spritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal klien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan (Nurul, 2008).

1. Identitas

Kanker rectum adalah penyakit yang bisa menyerang usia muda dan tua, kanker ini lebih umum terjadi pada pria dibandingkan dengan wanita. Selain itu, sebanyak 90% kasus kanker ini muncul di usia 50 tahun ke atas, meski terdapat banyak pula laporan mengenai kanker rektum pada remaja dan anak kecil.

1. Keluhan Utama

Keluhan utama yang lazim didapatkan adalah kesulitan dalam melakukan buang air besar dan perdarahan pada anus. Perdarahan anus dan perubahan dalam kebiasaan buang air besar atau gejala obstruksi lebih sering terjadi pada kanker rectum daripada kanker kolon.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Perawat menanyakan seberapa parah tingkat kesulitan dalam eliminasi feses. Apakah feses masih bisa keluar tetapi dengan diameter feses yang sangat kecil, atau keluhan sudah mengalami obstruksi total. Keluhan obstruksi memberikan keluhan lain pada gangguan, seperti nyeri, ketidaknyamanan abdominal akibat gangguan dalam melakukan defekasi, malaise, mual, muntah, anoreksia dan keluhan ini akan bertambah parah apabila klien mendapat intervensi kemoterapi dan radiasi.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Perawat menanyakan factor predisposisi yang berhubungan dengan kanker rectum, seperti adanya riwayat menderita polip rekti, riwayat pembedahan kolesistektomi, riwayat penggunaan alcohol, merokok, serta riwayat diet rendah serat dan tinggi lemak.

1. Riwayat Psiko Sosial

Akan didapatkan peningkatan kecemasan, serta perlunya pemenuhan informasi intervensi keperawatan, pengobatan, rencana pembedahan, kemoterapi dan radioterapi.

1. **Pemeriksaan Fisik**
2. Keadaan Umum

Bisa terlihat sakit ringan, gelisah sampai sangat lemah. TTV biasa normal atau bisa didapatkan perubahan, seperti takhikardi dan peningkatan pernafasan (Mutaqin & Sari, 2014)

1. B1 Breathing

Nafas pendek, dipsnoe (respon nyeri yang dirasakan yang ditandai dengan takhipneu dan frekwensi menurun).

1. B2 Blood

*Distensi vena jugularis* (JVP), tachicardi (respon terhadap demam, dehidrasi proses inflamasi dan nyeri

1. B3 Brain

Mata terlihat anemis, sadar sampai penurunan tingkat kesadaran, gangguan status mental adanya perasaan tidak berdaya dan tidak ada harapan.

1. B4 Bladder

Obstruksi tumor dapat menekan saluran kencing, oliguria

1. B5 Bowel

Mukosa mulut kering dan pucat, bibir pecah pecah dan bau yang tidak enak, distensi abdomen, adanya teraba massa, penurunan bising usus dan kembung Tekstur facces bervariasi dan bentuk lunak sampai bau. Episode diare berdarah tak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering tak dapat dikontrol, perasaan tidak nyaman/tidak puas/tenesmus, deteksi berdarah/ mukosa dengan atau tanpa keluar facces. Anoreksia, mual, muntah, penurunan BB dan tidak toleran terhadap diet.

1. B6 Bone

Kulit: turgor kulit buruk, kering (dehidrasi/malnutrisi), penurunan lemak subkutan dan tonus otot menurun. *Muskuloskeletal*: penurunan kekuatan otot, kelemahan dan malaise.

1. **Analisis Data**

Hasil pengkajian melalui pengumpulan data (wawancara, observasi) tersebut dikelompokkan kemudian dianalisa. Dari analisa data tersebut dapat disimpulkan masalah keperawatan yang timbul. Selanjutnya data dirumuskan diagnose keperawatan (Nursalam, 2008).

1. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada klien dengan kanker rectum dan anemi menurut (PPNI, 2017) adalah :

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorsi nutrisi

(SDKI.D.0019).

1. Nyeri kronis berhubunan dengan gangguan sistem metabolik (SDKI.D.0078).
2. Ansietas berhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan (SDKI.D.0080).
3. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan
   * 1. **Intervensi Keperawatan**

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosis Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
|  | Nyeri kronis b.d gangguan sistem metabolik | **Tujuan utama : Tingkat nyeri**  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun.  Dengan kriteria hasil :   1. - Keluhan nyeri menurun 2. - Meringis menurun 3. - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat   **SLKI ( L. 08066) Hal 145** | **Intervensi utama : manajemen nyeri**  **(SIKI 1.08238 hal 201)**  O:   1. 1. Identifikasi lokasi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri   T:   1. 2. Berikan teknik nonfarmakologis 2. 3. Fasilitasi istirahat dan tidur   E:   1. 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis   K:   1. 5. Kolaborasi pemberian analgetik | R/Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri pada px  R/Mengetahuifactoryang memperberat dan memperingan nyeri pada px  R/Agar px bisa mengurangi rasa nyerinya  R/Agar px mampu memonitor nyerinya sendirinya sendiri |
| 2. | Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan)  SDKI (D.0019) Hal 56 | **Tujuan utama : status nutrisi**  **SLKI (L.03030) Hal 121**  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka Status nutrisi  Membaik dengan kriteria hasil :   1. - porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. - perasaan cepat kenyang menurun 3. - nafsu makan membaik | **Manajemen nutrisi**  **SIKI** (I. 03119) Hal 200   1. 1. identifikasi status nutrisi 2. 2. identifikasi makanan yang disukai 3. 3. monitor berat badan 4. 4. berikan suplemen makanan jika perlu 5. 5. kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan | R/ mengetahui status nutrisi  R/ mengetahui makanan yang disukai  R/mengetahui berat badan  R/ menambah nafsu makan  R/ obat untuk anti nyeri |
| 3. | Ansietas berhubungan dengan Kekawatiran mengalami kegagalan  (SDKI D.0080 , HAL 180) | **Tujuan Utama: Kecemasan Menurun**  **(SLKI ,L.09093 HAL 132)**  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24jam, maka kecemasan pada px menurun dengan kriteria hasil :   1. - Verbilisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. - Keluhan pusing menurun 3. - Pucat menurun 4. - Pola tidur membaik | **Intervensi utama :**  **Reduksi ansietas**  **(SIKI, 1.09314 HAL 387)**  O :   1. 1. identifikasi saat tingkat ansietas berubah   T :   1. 2. pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian   E :   1. 3. latih teknik relaksasi | R/ untuk memonitoring perkembangan tingkat ansietas pada px  R/agar dapat mengetahui situasi yang seperti apa yang dapat mengurangi kecemasan px  R/agar dapat melakukan relaksasi yang berfungsi untuk meringankan pikiran px dalam kondisi saat ini |
|  | Resiko Infeksi | **Luaran Utama : Tingkat Infeksi Menurun**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam maka Tingkat Infeksi Menurun dengan  kriteria hasil :  1. Kebersihan tangan meningkat  2. Nyeri menurun  3. Kemerahan menurun  **SLKI Hal. 139** | **Intervensi Utama Pencegahan Infeksi**  **SIKI Hal. 278**  O :   1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik   T :   1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien   E :   1. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka | 1. Mengetahui tanda dan gejala dari infeksi 2. Mencegah infeksi pada pasien khusus pada daerah luka 3. Mencegah kuman yang terkontaminasi dari tangan 4. Agar pasien mampu madiri saat keluar rumah sak |
|  | Gangguan integritas kulit b.d Efek samping terapi radiasi | **Luaran Utama : Integritas Kulit Dan Jaringan meningkat (L.14125)**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam maka Tingkat Infeksi Menurun dengan  kriteria hasil : Integritas Kulit Dan Jaringan meningkat (L.14125) | 1. **Observasi**    * Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) 2. **Terapeutik**    * Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring    * Bersihkan perineal dengan air hangat, | 1. Untuk mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. Memposisikan kenyamanan semi flower 3. Agar pasien menjaga kulitnya tetap lembab |

* + 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanan yang merupakan komponen keempat dari proses keperawatan setelah merumuskan rencana asuhan keperawatan. Pelaksanaan merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana Tindakan yang diperlukan untuk mencapai suatu tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan (Autoridad Nacional del Servicio Civil, 2021).

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai luaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. Evaluasi disusun menggunakan SOAP

S : ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O : keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A : analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P : perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 17 januari 2022 sampai dengan 19 januari 2022. Klien MRS pada tanggal 08 januari 2022 jam 10.00 wib. Anamnesa diperoleh dari klien dan file No. Register 68\*\*\*\* sebagai berikut :

1. **Pengkajian**
2. **Identitas**

.Pasien adalah seorang laki – laki yang bernama “Tn.A” usia 31 tahun, beragama islam dan sudah menikah. Klien adalah seorang karyawan swasta. Klien tinggal diwilayah Pasuruan. Klien MRS di ruang G1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya tanggal 08 januari 2022 jam 10.00 wib

1. **Riwayat Kesehatan**
2. Keluhan Utama

Nyeri diseluruh area perut sejak 4 bulan, terasa kembung dan susah mengeluarkan kentut.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 08 januari 2022 pukul 09.45 WIB pasien dibawa oleh keluarganya ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan nyeri di seluruh area perut sejak 4 bulan, tidak bisa kentut sejak 1 minggu, mual muntah, batuk sejak 2 bulan, dahak warna putih, Di IGD RSPAL Surabaya dilakukan pengkajian TTV: TD: 112/78, Nadi: 97, Suhu: 36,5, SPO2: 99, RR: 19, porsi makan: MLP 6x100 cc, kondisi umum lemah, GCS: 456 terpasang stoma rectal tube ukuran 30Fr di bagian perut kiri dilakukan pemasangan infus Ns 0,9% 1000/24jam, dan pengambilan darah lengkap,swab antigen PCR, chest x – ray, foto BOF LLD, Transfusi darah 4 bag (Hasil lab. Terlampir), Pukul 17.00 wib pasien dipindahkan ke Ruang G1. Saat pengkajian pada tanggal 17 januari 2022 pasien mengatakan nyeri diseluruh area perut sejak 4 bulan, batuk membaik, BAB dengan feses cair dan dikantong colostomy berdarah, pusing, mual, sulit tidur, pasien mengatakan merasa kawatir dan gelisah dengan kondisi saat ini. BB turun dalam 2 bulan, BB SMRS : 40kg MRS : 30 Kg.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pernah operasi ca rektum 2019, pemeriksaan Colonoscopy 06/09/2021 dan melakukan kemoterapi tahun 2021 selama 12x atau 6 bulan di RSPAL dr.Ramelan Surabaya.

1. Riwayat Kesehata Keluarga

Pasien mengatakan kakeknya memiliki riwayat penyakit Ca rektum dan meninggal.

1. Genogram:

**31**

Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

 : laki –laki : garis keturunan

 : perempuan : tinggal serumah

 : meninggal

: pasien

: garis perkawinan

1. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan maupun obat

* + 1. **Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TB : 160 cm, BB sebelum sakit 40 kg setelah sakit 30 kg. TD : 105/69 mmHg, Nadi : 87x/mnt, Suhu : 36,9 o C, RR : 20 x/mnt.

* + 1. **Pemeiksaan Fisik**

1. B 1 (Breathing)

Pada saat pengkajian Inspeksi bentuk dada normochest, tidak ada pengguna otot bantu pernafasan, tidak ada sianosis, irama nafas reguler, pola nafas eupnea, gerakan dada simetris, tidak ada sesak nafas, tidak ada batuk, tidak ada sputum. Palpasi tidak terdapat nyeri tekan, fremitus taktil teraba di seluruh lapang paru. Perkusi dinding dada sonor. Auskultasi suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan seperti *ronchi* dan *wheezing*.

1. B 2 (Blood) Kardiovaskuler

Pada saat pengkajian inspeksi dan palpasi ictus cordis teraba pada ICS 4-5 sinistra CRT <2 detik, konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat sianosis pada bibir maupun ujung jari. perkusi suara jantung pekak. Auskultasi S1 S2 tunggal, dan tidak terdapat suara murmur

1. B 3 (Brain)

Tingkat kesadaran GCS spontan (4), verbal (5), motorik (6) kesadaran *composmentis*, reflek fisiologi: tidak dilakukan pengkajian, reflek patologis babinsky (-/-).

Nervus Kranial

Nervus Kranial I : pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

Nervus Kranial II : pasien dapat melihat dengan baik dengan jarak dekat

Nervus Kranial III : pasien mampu menggerakkan bola mata

Nervus Kranial IV : pasien mampu menggerakkan bola mata

Nervus Kranial V : pasien dapat merasakan rangsangan

Nervus Kranial VI : pasien mampu melirik kanan - kiri

Nervus Kranial VII : pasien mampu mengerutkan dahi

Nervus Kranial VIII : tidak ada laterasi dikedua telinga

Nervus Kranial IX : pasien mampu menelan

Nervus Kranial X : pasien mampu menekan

Nervus Kranial XI : pasien mampu menolehkan leher

Nervus Kranial XII : pasien mampu menjulurkan lidah

Penciuman : bentuk hidung simetris, septum ditengah, tidak ada kelainan, tidak ada polip.

Wajah & penglihatan : mata simetris, tidak ada kelainan, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, reflek cahaya baik.

Pendengaran : telinga simetris, tidak ada kelainan, telinga bersih, tidak ada alat bantu.

Lidah : uvula ditengah, palatum diatas, tidak ada kesulitan telan , lidah bersih.

1. B 4 Perkemihan (Bladder)

Inspeksi, Tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak terpasang kateter. Sistem reproduksi dan genetalia bersih. Palpasi, tidak ada nyeri tekan. Eliminasi urin SMRS : 6x jumlah +/- 1000 cc/24 jam warna kuning jernih, eliminasi MRS frekuensi 8x jumlah +/- 1300 cc/24 jam warna kuning

**Balance cairan :**

input/ intake

Input pz : 1000 cc/24jam

Makan/minum: 1700 cc/24jam

Clinoleiq : 250 cc

Hasil : 2950 cc

Output

Urine: 1.300

Iwl : 450 cc

Hasil : 1750 cc

2950 cc – 1750 cc = +1200 cc

1. B 5 Pencernaan (Bowel)

Anamnesis: Pasien mengatakan “cara meredakan nyeri bagaimana ya suster?” pasien tampak bertanya pada perawat, pasien tampak gelisah dan selalu bercerita tentang rasa nyeri yang dirasakan.

Inspeksi, Membran mukosa mulut pucat, kering, bibir pecah – pecah, gigi palsu tidak ada, diit SMRS nafsu makan menurun, klien tidak menyukai sayur dan buah, diit RS susu cair 6x100 cc/hari, mual ada, terpasang NGT, Abdomen terlihat stoma pada perut pasien sebelah kiri bawah, kondisi kulit sekitar stoma pasien yaitu kemerahan. Auskultasi, peristaltik bising usus hiperaktif. Palpasi, pada hepar teraba, lien tidak teraba, nyeri abdomen ada P: saat bergerak/ beraktivitas, Q: Nyeri cekot-cekot, R : Seluruh area perut, skala : 6. T: Terus menerus. Dari hasil kolonoskopi terdapat ca rektum, hemoroid tidak ada, eliminasi alvi SMRS: Frekuensi 5x/hr, warna bercampur darah, konsisten cair. Eliminasi alvi MRS: konsistensi cair, terpasang pada stoma rectal tube ukuran 30Fr

1. B 6 Muskuloskeletal (Bone)

Tidak terdapat fraktur, Rambut,kulit kepala warna hitam dan beruban, bersih, tidak ada benjolan, Warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, Kuku bersih.

Kekuatan otot : 5555 5555

5555 5555

Endokrin: Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada hiperglikemia dan hipoglikemi tidak ada.

* + 1. **Seksual & Reproduksi**

Pasien tidak memiliki masalah keperawatan pada sistem reproduksi

* + 1. **Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan**

1. Kemampuan Perawatan Diri

kemampuan perawatan diri pada Tn. A dengan Pre Operasi Kanker Rectum di ruang G-I RSPAL Dr.Ramelan Surabaya tanggal 17 Januari 2022. SMRS aktivitas mandiri seperti mandi, berpakaian, toileting, mobilitas di tempat tidur, berjalan, naik tangga, berbelanja, pemeliharaan rumah, berpindah, MRS aktivitas di bantu orang lain mandi, berpakaian, mobilitas di tempat tidur, berjalan, berpindah, terpasang alat bantu kateter urin.

1. Pola Istirahat dan Tidur

SMRS klien tidur 6 - 8 jam, MRS klien tidur malam 23.00 – 05.00 & tidur siang 13.00 – 14.00 klien sering terbangun & sulit tidur dikarenakan rasa nyeri yang px rasakan menyebar di organ lainnya.

1. Personal Hygiene

SMRS pasien mandi 2x/hari, keramas 2x/minggu, ganti pakaian 2x/hari, menyikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x/minggu, setelah MRS mandi pasien 2x/hari dengan cara di seka(di lap), keramas belum karena tidak bisa mandi sendiri, ganti pakaian 1x/hari, menyikat gigi belum dilakukan, memotong kuku belum karena tidak membawa gunting kuku.

1. Pola minum

SMRS frekuensi minum ± 3-4 gelas/24 jam (±880cc) dengan jenis air mineral, pasien tidak mempunyai minuman favorit, MRS frekuesni minum ± 5-7 gelas/24 jam (±1100cc) dengan jenis air mineral.

* + 1. **Kognitif Perseptual Psiko-Sosio-Spiritual**

Persepsi pasien terhadap sehat sakit ‘pasien menyadari akan penyakitnya, pasien menerima kondisi sakitnya saat ini akan tetapi pasien cemas penyakitnya tidak akan sembuh mengingat sudah stadium 4 dan pasien tetap meminta kesembuhan kepada Allah agar cepat sembuh dan bisa segera pulang”

Konsep Diri:

1. Gambaran diri : Saat dikaji pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya karena merasa semua tubuhnya ideal.
2. Ideal diri : Saat dikaji pasien diberikan pertanyaan “Nanti setelah bapak sudah pulang, bapak punya keinginan apa?” pasien menjawab “Ya saya lanjut kerja lagi mbak, supaya ada yang kasih makan keluarga saya”.
3. Harga diri : Pasien diam sejenak saat membahas pekerjaannya, lalu mengatakan “Saya sedih mbak kalau harus sakit terus, saya kan harus kerja untuk keluarga saya, biar bisa kerja lagi.”
4. Identitas diri : Pada saat dikaji pasien mengatakan namanya Tn. A, berjenis kelamin laki-laki, berusia 31 tahun, dan pasien mengatakan puas terlahir menjadi laki-laki.
5. Peran : Pada saat dikaji pasien mengatakan perannya adalah menjadi ayah dari seorang anak, dan seorang suami yang harus memenuhi kebutuhan keluarga kecilnya.
6. Alam Perasaan (Ansietas) : Pasien mengatakan khawatir saat akan melakukan operasi, gelisah karena saat operasi sebelumnya tidak sesuai dengan yang diharapkan pasien. Berorientasi pada masalalu terkait penyakit kronis progresif (kanker) rencana operasi.
   * 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium di IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya 08/01/2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PEMERIKSAAN** | **HASIL** | | **SATUAN** | **NORMAL** |
| **HEMATOLOGI** |  |  |  |  |
| **Darah lengkap** |  |  |  |  |
| **Leukosit** | **H** | **16.82** | 103/μL | 4.00 – 10.00 |
| Hitung Jenis Leukosit |  |  |  |  |
| * Eosinofil% | **L** | **0.30** | % | 0.5 – 5.0 |
| * Neutrofil% | **H** | **14,27** | % | 50.0 – 70.0 |
| * Limfosit # | **H** | **84.80** | 103/μL | 0.80 – 4.00 |
| * Limfosit% | **L** | **9.70** | % | 20.0 – 40.0 |
| **Hemoglobin** | **LL** | **6.80** | g/dL | 12 – 15 |
| Hematokrit | **L** | **20.80** | % | 37.0 – 47.0 |
| **Eritrosit** | **L** | **3.43** | 106/μL | 3.50 – 5.00 |
| Indeks Eritrosit : |  |  |  |  |
| * MCV | **L** | **64.9** | Fmol/cell | 80 – 100 |
| * MCH | **L** | 21.2 | Pg | 26 – 34 |
| RDW\_CV | **H** | **21.0** | % | 11.0 – 16.0 |
| **Trombosit** | **H** | **694.00** | 103/μL | 150 – 450 |
| Indeks Trombosit : |  |  |  |  |
| * PCT | **L** | **0.551** | 103/μL | 1.08 – 2.82 |

Keterangan :

L = Rendah LL = Rendah Kritis H = Tinggi HH = Tinggi Kritis

**Foto ThoraxAP : (Supine)**

Cor : Besar & bentuk normal

Pulmo : infiltrat/perselubungan dengan penebalan fissura minor interlobaris kanan, nodul multiple di paru kiri

Sinus : phrenicocostalis kanan kiri tajam

Diaphragma kanan letak tinggi kiri baik

Tulang-tulang baik, osteolitik/osteoblasti (-)

**Kesimpulan :**

* Pneumonia process dengan pocketed effusi pleura kanan suspect metastase proses pada paru dan subpleura

**DD:** Inflamasi proses

* Nodul multiple paru kiri (metastase proses pada paru)

**Foto BOF/LLD:**

* Bayangan udara dalam usus meningkat
* Tanda-tanda obstruksi (+)
* Flank area sedikit cembung dengan pre peritoneal fat line baik
* Masih tampak bayangan udara dalam usus dengan fecal material di cavum pelvis (minimal)

**Kesimpulan :**

* Ilius obstruksi letak rendah

**Pemeriksaan MSCT Abdomen irisan axial reformatted corona**

**Kesimpulan:**

* Enhancement solid mass di rectum ukuran +/- 6,39x6,38x12,42 cm dengan batas dan massa efek tersebut diatas menyokong gambaran Malignant rectal mass
* Dilatasi small bowel kesan suatu Ileus obstruksi yang disebabkan oleh perlengketan massa dengan bowel di cavum pelvis
* Hydronephrosis grade III kanan kiri dengan dilatasi ureter kanan kiri curiga disebabkan oleh adanya infiltrasi mas

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Tgl pemeriksaan: 17 januari 2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PEMERIKSAAN** | **HASIL** | | **SATUAN** | **NORMAL** |
| **HEMATOLOGI** |  |  |  |  |
| **Darah lengkap** |  |  |  |  |
| **Leukosit** | **H** | **24.64** | 103/μL | 4.00– 10.00 |
| Hitung Jenis Leukosit |  |  |  |  |
| * Eosinofil% | **L** | **0.10** | % | 0.5 – 5.0 |
| * Neutrofil% | **H** | **14,27** | % | 50.0 – 70.0 |
| * Limfosit% | **L** | **6.20** | % | 20.0 – 40.0 |
| **Hemoglobin** | **L** | **10.70** | g/dL | 12 – 15 |
| Hematokrit | **L** | **33.30** | % | 37.0 – 47.0 |
| Indeks Eritrosit : |  |  |  |  |
| * MCV | **L** | **74.4** | Fmol/cell | 80 – 100 |
| * MCH | **L** | **23.8** | Pg | 26 – 34 |
| * MCHC |  | 32.0 | g/dL | 32 – 36 |
| RDW\_CV | **H** | **21.0** | % | 11.0 – 16.0 |
| RDW\_SD | **H** | **56.2** | fL | 35.0 – 56.0 |
| **Trombosit** |  | 377.00 | 103/μL | 150 – 450 |
| PCT | **L** | **0.337** | 103/μL | 1.08 – 2.82 |
| **Protombine Time (PT)** |  |  |  |  |
| Pasien PT | **H** | **16.9** | Detik | 11 – 15 |

**Photo lopography proximal : 17/01/2022**

Kesimpulan : Lopography proximL Normal

Tabel 3.3 obat-obatan pada pasien Tn. A

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Triomix e 1000 | 1000cc/24jm | Infus | **Triomix** digunakan untuk nutrisi parenteral |
| 2 | Inj. Santagesik | 3x1 gr | Iv | Santagesik mengandung Metamizole sodium anhydrate yang digunakan untuk mengatasi nyeri akut |
| 3 | Ondansetron | 2x8 mg | Iv | Ondansetron adalah untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi. |
| 4 | Omeprazole | 2x40mg | Iv | Omeprazole adalah obat untuk mengatasi gangguan lambung, seperti penyakit asam lambung dan tukak lambung. |
| 5 | Clinoleiq | 250 cc | Vena | pasien yang akan menjalani operasi |
| 6. | Transamin | 3x500 mg | Kapsul | untuk mencegah dan menghentikan pendarahan berkepanjangan. |
| 7. | Vit k | 2x1 | NGT | **nutrisi yang diperlukan tubuh dalam proses pembekuan darah. Vitamin K terkandung secara alami di dalam makanan dan tersedia dalam bentuk suplemen tambahan.** |
| 8 | Transfusi PRC | 4 bagx220ml | Iv | **Transfusi darah digunakan ketika tubuh kekurangan darah** |

* 1. **Analisis Data (Diagnosa Keperawatan)**

Tabel 3.4 analisis data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| **1** | Ds :   * Pasien mengatakan nyeri perut * Pasien mengatakan mual disebabkan oleh efek kemoterapi   Do :   * Bising usus hiperaktif * BB SMRS : 40kg * BB MRS: 30 kg * Membran mukosa pucat * feses cair * Albumin : 2.06 mg/dl ( 3,5-5,20) * Pasien terpasang stoma rectal tube ukuran 30Fr di bagian perut kiri | Ketidakmampuan mengabsorsi nutrisi | **Defisit nutrisi**  *SDKI.D.0019 HAL 56* |
| **2.** | Ds :   * pasien mengatakan nyeri seluruh area perut bagian bawah sejak 4 bulan   P : Saat beraktivitas  Q : Cekot - cekot  R : Seluruh area perut  S : 6  T : Hilang Timbul 10-15 mnt   * Merasa takut mengalami cedera berulang   Do :   * px tampak meringis * Gelisah * Pola tidur berubah * Anoreksia * Fokus menyempit * Pemeriksaan MSCT Abdomen   Enhancement solid mass di rectum ukuran +/- 6,39x6,38x12,42 cm dengan batas dan massa efek tersebut diatas menyokong gambaran Malignant rectal mass | Infiltrasi tumor | **Nyeri kronis**  *SDKI.D.0078 HAL 174* |
| **3.** | DS :   * + - Pasien mengatakan pernah operasi colostomy tahun 2019   DO:   * + - Terdapat kemerahan pada area stoma     - Kerusakan jaringan berupa pembuatan colostomy | Kimia iritatif | **Gangguan Integritas Kulit**  *SDKI.D.0129.HAL 282* |
| **4.** | DS :   * px mengeluh pusing, * nafsu makan menurun * pasien mengatakan merasa cemas, kawatir dan gelisah atas kondisi saat ini dikarenakan operasi sebelumnya tidak sesuai harapan   DO :   * muka tampak pucat * sulit tidur * berorientasi pada masa lalu, kondisi klinis terkait penyakit kronis progresif (kanker), rencana operasi | Kekawatiran mengalami kegagalan | **Ansietas**  *SDKI.D.0080.HAL 180* |

* 1. **Prioritas Masalah**

Tabel 3.5 Prioritas masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| **1**  **2.**  **3.**  **4.** | Defisit nutrisi b.d  Ketidakmampuan mengabsorsi nutrisi  Nyeri kronis b.d gangguan sistem metabolik  Gangguan integritas kulit b.d kimia iritatif  Ansietas b.d Kekawatiran mengalami kegagalan | 17/01/2022  17/01/2022  17/01/2022  17/01/2022 | 19/01/2022  19/01/2022  19/01/2022 |  |

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Tabel 3.6 Intervensi keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan mengabsorsi nutrisi  SDKI (D.0019) Hal 56 | **Luaran utama :d**  **Status nutrisi**  **SLKI (L.03030) Hal 121**  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Status nutrisi  Membaik dengan kriteria hasil :   1. Memran mukosa membaik 2. Albumin meningkat 3. Bising usus membaik 4. Diare menurun 5. Nyeri perut membaik | **Intervensi utama: Manajemen nutrisi**  **SIKI (I. 03119) Hal 200**  **O**   1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium   **T**   1. Fasilitasi menentukan pedoman diet berikan diit susu 6x 100cc/personde   K   1. Kolaborasi pemberian Vit K, diit Susu, inj. Santagesik   **Intervensi:**  **Pemantauan nutrisi**  **O:**   1. Identifikasi faktor yang mempengaruhi asuhan gizi 2. Identifikasi perubahan berat badan 3. Monitor mual   **T:** Timbang berat badan | R/ mengetahui status nutrisi  R/ mengetahui makanan yang disukai  R/mengetahui berat badan  R/ menambah nafsu makan  R/ obat untuk anti nyeri |
| 2. | Nyeri kronis b.d infiltrasi tumor | **Luaran utama :**  **Tingkat Nyeri**  **SLKI ( L. 08066) Hal 145**  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun.  Dengan kriteria hasil :   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Mual menurun 5. Pola tidur membaik | **Intervensi utama : manajemen nyeri**  **(SIKI 1.08238 hal 201)**  O:   1. 1. Identifikasi lokasi nyeri 2. 2. Identifikasi skala nyeri   T:   1. 3. Berikan teknik nonfarmakologis (misal terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin 2. 4. Kontrol lingkungan yang memperberatkan rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).   5.Fasilitasi istirahat dan tidur    E:   1. 7. Jelaskan penyebab, perode, dan pemicu nyeri. 2. 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri   K:  9. Kolaborasi pemberian obat inj. Santagesik 3x1 gr/iv | R/Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri pada px  R/Mengetahuifactoryang memperberat dan memperingan nyeri pada px  R/Agar px bisa mengurangi rasa nyerinya  R/Agar px mampu memonitor nyerinya sendirinya sendiri  R/ agat meringankan nyeri pada pasien |
| 3. | Gangguan integritas kulit b.d Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan | **Luaran Utama :**  **Integritas kulit dan jaringan**  **(SLKI L.14125 HAL 33)**  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:   1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan menurun 3. Kemerahan menurun | **Intervensi Utama:**  **Perawatan integritas kulit**  **(SIKI,1.11353 HAL 316)**  O:   1. 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)   T   1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. bersihkan area stoma dengan air hangat, terutama selama periode diare   E:   1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin,) 2. Anjurkan minum air yang cukup | R/mengetahui penyebab terjadinya perubahan kulit pada pasien  R/Agar pasien tidak mengalami luka dekubitus  R/ Mencegah terjadinya infeksi  R/ untuk merawat sekitar area colostomy  R/ Agar pasien terhidrasi |
| 4. | Ansietas berhubungan dengan Kekawatiran mengalami kegagalan  (SDKI D.0080 , HAL 180) | **Luaran Utama :**  **Tingkat ansietas**  **(SLKI L.09093 HAL 132)**  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka diharapkan kecemasan pada pasien menurun dengan kriteria hasil :   1. Verbilisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Keluhan pusing menurun 3. Pola tidur membaik 4. Anoreksia menurun 5. Orientasi membaik | **Intervensi utama :**  **Reduksi ansietas**  **(SIKI, 1.09314 HAL 387)**  O :   1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah   T :   1. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 2. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian   E :   1. Latih teknik relaksasi   **Intervensi tambahan:**  **Persiapan pembedahan**  **O:**   1. Identifikasi kondisi umum 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu   **T:**   1. Ambil sampel darah 2. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan   5.Pastikan kelengkapan dokumen – dokumen pre op | R/ untuk memonitoring perkembangan tingkat ansietas pada px  R/agar dapat mengetahui situasi yang seperti apa yang dapat mengurangi kecemasan px  R/agar dapat melakukan relaksasi yang berfungsi untuk meringankan pikiran px dalam kondisi saat ini |

* 2. **Implementasi Keperawatan**

Tabel 3.7 Implementasi keperawatan pada TN. A dengan pre op kanker rectum di ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  **Dx** | **Waktu**  **(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu**  **(Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan**  **(SOAP)** | **TT** |
| **1,2,3,4**  **2**  **1**  **3**  **1**  **2**  **1,2,4**  **1,2,3,4**  **1**  **2**  **4**  **1** | **17/01/2022**  **08.00**  **08.10**  **08.40**  **09.00**  **09.10**  **09.30**  **10.10**  **10.30**  **11.00**  **13.00**  **13.10**  **13.20**  **13.30**  **14.00**  **14.10** | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien  Memonitoring k/u pasien, GCS 456, terpasang infus Triomix e 1000, Pasien puasa persiapan lopogrrafi  Mengkaji tingkat nyeri pasien  Hasil : skala nyeri 6 (1-10)  Mengajarkan mengurangi rasa nyeri seperti mendengarkan musik  P : Saat beraktivitas  Q : Cekot - cekot  R : Seluruh area perut  S : 6  T : Hilang Timbul 10-15 mnt  Memonitor area kolostomy Hasil : tampak kemerahan  Memberi posisi nyaman  Mengidentifikasi status nutrisi SMRS: 40kg, MRS: 30 kg  Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberikan inj. cinam 1,5 gr/iv, inj. omz 40 mg/iv, inj. ondan 8 mg/iv, inj. vit. k 1 amp/iv  Memonitoring reaksi obat--> tidak ada alergi  Memberangkatkan pasien untuk tindakan lopograpi  Pasien kembali ke ruang G-1  Melakukan observasi TTV  Memberikan sirup inpepsa 10cc  Memberikan diit pasien --> habis 1 porsi personde  mengidentifikasi tingkat kecemasan  Menganjurkn pasien tidur siang |  | **19/01/2022** | **DX 1**  **S :**  -pasien mengatakan nyeri perut  -Pasien mengatakan mual  - Merasa takut mengalami cedera berulang  **O :**  **-** px tampak meringis  - sulit tidur  -Meringis  -Gelisah  -Anoreksia  **A :** masalah belum teratasi  **P :** intervensi 4.6,8 dilanjutkan  **DX 2:**  S :   * Pasien mengatakan nyeri perut   O:   * BB SMRS : 40kg   BB MRS: 30 kg   * Membran mukosa pucat * feses cair * Albumin : 2.06 mg/dl ( 3,5-5,20)   **A:** Masalah belum teratasi  P : intervensi 7,8 dilanjutkan  **DX 3:**  S : -  O :   * Area stoma kemerahan * Pasien terpasang stoma rectal tube ukuran 30Fr di bagian perut kiri   A : masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan  **DX 4:**  **S:**   * nafsu makan menurun * pasien mengatakan merasa cemas,   **O :**   * berorientasi pada masa lalu, * muka tampak pucat * sulit tidur   **A:** Masalah teratasi sebagian  **P**: Intervensi 8,10 dilanjutkan |  |
| **1,2,3,4**  **4**  **1**  **2**  **1,2,4**  **2**  **1**  **4**  **2** | **18/01/2022**  **08.10**  **08.20**  **08.30**  **08.45**  **09.30**  **09.50**  **10.00**  **11.20**  **12.00**  **12.20**  **12.45**  **13.00**  **13.15** | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien  Hari ini swab pcr --> tunggu hasil  Mengobservasi k/u pasien --> GCS 456 terpasang inf triomix E1000, terpasang NGT katup  mengidentifikasi tingkat ansietas H : kecemasan pasien membaik  Mengkaji tingkat nyeri pasien Hasil : skala nyeri 4  identifikasi status nutrisi & mual  mengambil sampel darah vena  Melakukan TTV  kolaborasi inj omeprazole 40mg/iv, inj vit K 1 amp/iv  mengobservasi efek samping terapi --> tidak ada alergi  memberikan diit susu 100cc/personde  membantu memposisikan nyaman pasien  Menganjurkan pasien untuk istirahat siang dan memberi edukasi terhadap kecemasan pasien.  menganjurkan pasien puasa untuk persiapan operasi  Menganjurkan pasien untuk istirahat siang dan puasa untuk persiapan operasi | perawat |  | **DX 1:**  **S :**  -pasien mengatakan nyeri terasa membaik  **O :**  **-** px masih tampak meringis  -Pola tidur berubah  **A :** masalah belum teratasi  **P :** intervensi 5,13 dilanjutkan  **DX 2:**  S :   * pasien mengatakan mual membaik   O:   * feses cair * Albumin : 2.06 mg/dl ( 3,5-5,20) * Berkolaborasi dengan ahli gizi pemberian nutrisi diit 100 cc/hr   **A:** Masalah belum teratasi  P : intervensi 3,5,7 dilanjutkan  **DX 4:**  **S:**   * pasien mengatkan kecemasan yang dirasakan mulai membaik dari sebelumnya   **O : -** pasien tampak yakin bahwa operasinya berjalan dengan lancar   * Pola tidur membaik   A: Masalah teratasi  P: Intervensi dihentikan |  |
| **2** | **19/01/2022**  **08.00**  **08.10**  **08.20**  **09.00**  **09.20**  **10.00**  **10.00** | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien  Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien  Mengidentifiksi skala nyeri  Hasil : 3  Profilaksis cinam 3 gr  Mengobservasi k/u pasien --> GCS 456 terpasnag inf triomix E1000, terpasang NGT katup  Mengambil sampel darah vena  Memasukkan inj omeprazole 40mg/iv, inj ondansentron 8mg/iv, inj vit K 1 amp/iv  Mengobservasi efek samping terapi --> tidak ada alergi  Mengantar pasien ke ruang OK |  |  | **DX 1**  **S :**  -pasien mengatakan nyeri terasa membaik  **O :**  **-** px tambak membaik  -pola tidur membaik  **A :** masalah belum teratasi  **P :** intervensi 3.6, dilanjutkan |  |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan Pre Operasi Kanker Rectum Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

## Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis memperkenalkan diri sekaligus menjelaskan maksud dan tujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. A. Sehingga pasien dan keluarganya mengerti dan merespon dengan baik. Karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Data tinjauan kasus didapatkan keluhan utama yang dialami oleh pasien Tn. A yang berusia 31 tahun yaitu merasa nyeri diseluruh area bagian perut saat beraktivitas dan perut terasa kembung. Menurut (Nursalam, 2008) kanker rectum adalah penyakit yang bisa menyerang usia muda dan tua, kanker ini lebih umum terjadi pada pria dibandingkan dengan wanita. Selain itu, sebanyak 90% kasus kanker ini muncul di usia 50 tahun ke atas, meski terdapat banyak pula laporan mengenai kanker rektum pada remaja dan anak kecil. Keluhan utama yang dialami oleh pasien yaitu kesulitan dalam melakukan buang air besar dan pendarahan pada anus. Sehingga penulis menemukan ketidaksesuaian dengan teori dikarenakan pasien sudah terpasang kolostomy di bagian perut sebelah kiri. Teori menurut Koller, et al, 2012 menjelaskan bahwa keluhan utama yang sering dialami oleh penderita kanker adalah nyeri , mual/muntah, konstipasi, penurunan nafsu makan, dan kelemahan fisik. Bahkan dengan pilihan terapi efektif tersedia, lebih dari 40% pasien dengan nyeri kanker kekurangan sumber daya untuk mengatasi nyerinya secara efektif. Sebagai tambahan untuk pengkajian nyeri dan terapi yang tidak adekuat, beberapa hambatan yang erat kaitannya dengan pasien menghalangi tercapainya manajemen nyeri yang optimal.

Dari hasil pengkajian selama menemui pasien bahwa pasien mengatakan pernah melakukan operasi pembedahan ca rektum pada tahun 2019 dan melakukan kemoterapi di tahun 2020 selama 12x atau 6 bulan di RSPAL dr.Ramelan Surabaya dan ternyata pasien mengalami polip rectum, serta riwayat diet rendah serat. Sedangkan menurut Nursalam, 2012 menjelaskan bahwa pasien mengalami factor predisposisi yang berhubungan dengan kanker rectum, seperti adanya riwayat menderita polip rekti, riwayat pembedahan kolesistektomi, riwayat penggunaan alcohol, merokok, serta riwayat diet rendah serat dan tinggi lemak. Sehingga penulis menemukan bahwa terdapat beberapa kesenjangan yaitu karena pasien tidak merokok dan mengkonsumsi alkohol.

Riwayat penyakit keturunan yang dialami oleh pasien yaitu pasien mengatakan bahwa kakeknya memiliki riwayat penyakit Ca rektum dan meninggal. Menurut teori American Cancer Sosiety, 2019 menyatakan bahwa jika seseorang dengan orang tua atau saudara ataupun anak yang memiliki kanker rectum maka resiko menyebarnya penyakit jauh lebih mudah dibandingkan dengan individu. Jadi penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan diantara fakta yang terjadi di lapangan dengan teori.

Dari hasil pemeriksaan fisik selama menemui pasien bahwa pasien memiliki masalah keperawatan pada pencernaan diantaranya yaitu, membran mukosa mulut pucat, kering, bibir pecah-pecah, gigi palsu tidak ada, diit SMRS nafsu makan menurun, diit MRS susu cair 2000 cc/hari, mual ada, terpasang NGT, Abdomen terlihat stoma pada perut pasien sebelah kiri bawah, kondisi kulit sekitar stoma pasien yaitu kemerahan, peristaltik bising usus hiperaktif, Hepar tidak teraba, lien tidak teraba, nyeri abdomen, diare warna bercampur darah, konsisten cair. Sedangkan teori menurut Muttaqin & Sari, 2014 mukosa mulut kering dan pucat, bibir pecah pecah dan bau yang tidak enak, distensi abdomen, adanya teraba massa, penurunan bising usus dan kembung Tekstur facces bervariasi dan bentuk lunak sampai bau. Episode diare berdarah tak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering tak dapat dikontrol, perasaan tidak nyaman/tidak puas/tenesmus, deteksi berdarah/ mukosa dengan atau tanpa keluar facces. Anoreksia, mual, muntah, penurunan BB dan tidak toleran terhadap diet. Sehingga penulis menemukan bahwa terdapat beberapa kesenjangan antara fakta dan teori yang telah ditemukan diantaranya yaitu distensi abdomen karena pasien sudah terpasang stoma dibagian perut sebelah kiri, tekstur facces cair, muntah dikarenakan pasien sudah berkolaborasi Ondansetron 2x8mg/iv, pasien diberikan diit susu 100cc/hari.

Pasien mengatakan khawatir saat akan melakukan operasi, karena saat operasi sebelumnya tidak sesuai dengan yang diharapkan pasien. Berorientasi pada masalalu terkait penyakit kronis progresif (kanker) rencana operasi.

* 1. **Diagnosis Keperawatan**

Terdapat 3 diagnosis yang dialami oleh pasien selama melakukan pengkajian diantaranya, yaitu:

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI.D0019) data yang ditemukan pasien mengatakan nafsu makan menurun, berat badan turun. Hal ini yang membuat mengangkat diagnosa defisit nutrisi.
2. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor (SDKI.D.0078). Diagnosa ini dapat muncul dikarenakan data objektif dan data subjektif yang mendukung untuk mengangkat diagnosa ini.
3. Gangguan integritas kulit b.d Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan (SDKI.D.0129).
4. Ansietasberhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan (SDKI.D.0080). pasien mengatakan merasa cemas, kawatir dan gelisah atas kondisi saat ini dikarenakan operasi sebelumnya tidak sesuai harapan.

Sedangkan, menurut PPNI 2018 diagnosa keperawatan pada pasien dengan kanker rectum terdapat lima 5 diagnosa keperawatan diantaranya yaitu:

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan (SDKI.D.0019).
2. Nyeri kronis berhubunan dengan gangguan sistem metabolik (SDKI.D.0078)
3. Ansietas berhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan (SDKI.D.0080).
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan efek samping radiasi (SDKI.D.0139).
5. Resiko infeksi berhungan dengan penyakit kronis atau kanker (SDKI.D.0142).

Jadi, penulis menemukan bahwa terdapat kesenjangan diantara fakta yang ada di lapangan dengan teori bahwa resiko infeksi tidak muncul kepada Tn. A dikarenkan pasien sudah melakukan operasi kolostomy pada tahun 2019

## Perencanaan

Pada perencanaan banyak kesamaan antara tujuan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Hal ini disebabkan karena menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada tujuan. Intervensi dalam tinjauan pustaka juga memiliki banyak kesamaan dalam tinjauan kasus, karena sama – sama berpacu dalam sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan. Namuan ada beberapa intervensi yang berbeda antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, dikarenakan pada tinjauan kasus intervensi disesuaikan dengan kondisi pasien langsung.

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) Setelah dilakukan intervensi keperawata selama 3 x 24 jam maka Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Berat badan meningkat, membran mukosa membaik, pucat menurun, albumin meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, bising usus membaik, diare menurun, nyeri perut membaik. Intervensi utama: manajement nutrisi. Menurut (Annisa Rachma Firdausi Darmawan & Merryana Adriani, 2019) menyebabkan terjadinya penurunan berat badan yang diikuti dengan penurunan nafsu makan akibat mual dan muntah. Apabila status gizi yang baik maka hal tersebut akan menurunkan risiko penyakit lain. Sehingga tidak terdapat kesenjangan diantara fakta yang ada di lapangan dengan teori.
2. Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, anoreksia menurun, mual menurun, pola tidur membaik, kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat. Intervensi utama : manajement nyeri, Menurut (Khoirunnisa et al., 2017) tanda dan gejala yang muncul pada kanker rectum nyeri pada abdomen pasien akan merasakan nyeri dan terkadang dapat menggangu aktivitas. meredakan nyeri kronis pada pasien yang terkena kanker rectum. Jadi penulis menemukan bahwa tidak terdapat kesenjangan diantara fakta yang ada di lapangan dengan teori.
3. Gangguan integritas kulit b.d kimia iritatif kemerahan menurun, nyeri menurun Kerusakan lapisan menurun. Intervensi : perawatan gangguan integritas kulit Menurut (Budi, 2019) Resiko infeksi kolostomy adalah perdarahan, infeksi, kerusakan organ di sekitar lokasi kolostomi, terbukanya kembali lika bekas operasi yang paling berpengaruh terhadap tejadinya komplikasi stoma pada pasien dengan kolostomi. Jadi penulis menemukan bahwa tidak terdapat kesenjangan diantara fakta yang ada di lapangan dengan teori.
4. Ansietas berhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka kecemasan pada pasien menurun dengan kriteria hasil: venrbilisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, keluhan pusing menurun, pucat menurun, pola tidur membaik, anoreksia menurun, orientasi membaik. Intervensi utama : reduksi ansietas Menurut (Yanti, 2017) ansietas merupakan istilah yang menggambarkan keadaan kawatir, gelisah, takut, disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut menyertai kondisi situasi kehidupan dan berbagai gangguan kesehatan. Rasa kawatir,gelisah, merupakan gejala umum akibat ansietas. Sehingga penulis menyimpulkan bahwa kondisi Tn. A

## Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan dari perencanaan yang telah disusun, pada tinjauan pustaka pelaksanaan belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Pelaksanakan tindakan keperawatan dapat disusun dan diwujudkan pada kasus nyata, dan ada pendokumentasian tindakan keperawatan.

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan ini ada faktor – faktor yang menunjang dan faktor-faktor yang menghambat dalam proses tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis. Hal- hal yang dapat menunjang dalam asuhan keperawatan adanya kerjasama yang baik antara perawat, dokter maupun tim kesehatan lainnya. Sedangkan hal-hal yang dapat menghambat proses dalam asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis yaitu sarana dan prasarana di ruangan yang kurang memadai.

Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan identifikasi status nutrisi, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet berikan diit susu 100cc/personde, ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi pemberian Vit K, diit Susu, inj. Santagesik. Menurut (Annisa Rachma Firdausi Darmawan & Merryana Adriani, 2019) pemasangan NGT suatu prosedur yang sering dilakukan untuk mendapatkan akses ke lambunng. Pemberian nutrisi yang adekuat bertujuan untuk mencegah dan mengatasi kondisi malnutrisi serta mencukupi kebutuhan kalori pasien. Kegagalan fungsi saluran cerna menyebabkan penyerapan kurang dari jumlah minimal yang diperlukan. Terdapat kesamaan antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kasus dan teori. Akan tetapi, pelaksanaan kasus perencanaan direalisasikan pada pasien sehingga pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan integrasi karena merupakan kasus nyata yang disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien sebenarnya.

Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam peneliti membuat perencanaan keperawatan seperti : mengidentifikasi lokasi nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis (misal TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), mengkontrol lingkungan yang memperberatkan rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), menfasilitasi istirahat dan tidur, mengajarkan teknik nonfarmakologis, menjelaskan penyebab, perode, dan pemicu nyeri,menjelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian obat inj.cinam 1,5 gr/iv. Menurut (Restrepo Klinge, 2019) peranan penting perawat dalam manajemen nyeri adalah menilai, mendokumentasikan, memutuskan manajemen nyeri yang harus diberikan serta memantau perkembangan manajemen nyeri yang sudah diberikan. Penggunaan farmakologi adalah metode yang paling umum digunakan dalam mengontrol rasa sakit akibat nyeri kronis. Menurut (Novita et al., 2017) metode penghilang rasa nyeri secara farmakologis adalah dengan mengunakan obat-obatan kimiawi, sedangkan metode non farmakologis dilakukan secara alami tanpa menggunakan obat-obatan kimiawi yaitu dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu cara untuk mengurangi rasa nyeri. Dengan menarik nafas dalam pada saat ada kontraksi dengan menggunakan pernafasan dada melalui hidung akan mengalirkan oksigen ke darah yang kemudian dialirkan keseluruh tubuh yang merupakan penghilang rasa sakit yang alami didalam tubuh. Menarik nafas dalam lewat hidung dan menghembuskannya melalui mulut, berbaring di tempat tidur dan untuk tidak terlalu banyak bergerak atau berjalan agar rasa myeri tidak bertambah hebat. Jadi, penulis menemukan bahwa terdapat kesenjangan diantara fakta yang ada di lapangan dengan teori bahwa pada masalah yang pasien alami terdapat anoreksia, gelisah menurun, pola tidur membaik.

Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko (kanker rectum) karna akan dilakukan tindakan keperawatan, perencanaan tindakan yang akan dilakukan adalah Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka. Menurut (Nurhayati et al., 2017) penatalaksanaan kanker rectum adalah pembedahan kolostomi. upaya yang dapat dilakukan dalam menurunkan dampak seperti ruam dan iritasi kulit dari pemasangan stoma adalah dengan perawatan kolostomi seperti membersihkan stoma, kulit sekitar stoma dan mengganti kantong stoma secara berkala sesuai kebutuhan. Merawat kulit stoma sangat penting. Perawatan stoma dapat dilakukan dengan tujuan menjaga kebersihan pasien, mencegah terjadinya infeksi, mencegah terjadinya iritasi pada kulit sekitar stoma, dan mempertahankan kenyamanan pasien. Terdapat kesamaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kasus dan teori, akan tetapi pada pelaksanaan tinjauan kasus perencanaan direalisasikan pada pasien, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan terintegrasi karena merupakan kasus nyata yang disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien sebenarnya

Ansietas berhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan karna akan dilakukan tindakan keperawatan, perencanaan tindakan yang akan dilakukan adalah identifikasi saat tingkat ansietas berubah, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian, latih teknik relaksasi. Menurut (Prof & Soekarjo, n.d.) persiapan mental pre operasi harus dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan karena selalu ada kecemasan pasien terhadap penyuntikan, nyeri luka, anastesi, bahkan terhadap kemungkinan cacat atau mati. Salah satu penyebab terhalangnya kegiatan operasi adalah terjadinya peningkatan tekanan darah mendadak pada pasien yang akan memasuki kamar operasi. Terdapat kesamaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kasus dan teori, akan tetapi pada pelaksanaan tinjauan kasus perencanaan direalisasikan pada pasien, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan terintegrasi karena merupakan kasus nyata yang disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien sebenarnya.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarganya mengerti dan kooperatif.

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan, pada tahap ini penulis menilai sejauh mana tujuan keperawatan dapat dicapai, evaluasi merupakan tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang telah berjalan agar dapat melihat sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, dan implementasi keperawatan sudah berhasil dicapai. Dari semua rangkaian proses dari mulai pengkajian sampai dengan implementasi keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan, karena penulis melakukan pengamatan dan kajian secara langsung pada proses yang ada.

1. Diagnosis kedua defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) Tindakan operasi yang dilakukan secara tepat sehingga pasien tidak terpasang NGT dan pasien sudah bisa mengkonsumsi makanan lunak sedikit demi sedikit.
2. Diagnosis satu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor kebutuhan pasien sudah terpenuhi 3x24 jam karena tindakan operasi yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan.
3. Diagnosis ketiga Ansietas berhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan, kebutuhan pasien sudah terpenuhi 2x24 jam karena tindakan operasi sudah dilaksanakan dengan tepat dan berhasil dilaksanakan. Masalah teratasi pada tanggal 18 Januari 2022.
   1. **Dokumentasi**

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Pendokumentasian pada Tn. A dilakukan mulai dari tahap pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi dengan metode manual dan berbasis komputer.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis pre operasi kanker rektum di ruang G-1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan kanker rectum.

* 1. **Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari hasil pengkajian didapati bahwa penyebab dari kanker rectum yang dialami Tn. A adalah adanya faktor usia, keturunan, Perubahan kebiasaan defekasi, terdapat darah dalam feses, gejala anemia tanpa diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan tanpa alasan, keletihan, mual dan muntah, usus besar terasa tidak kosong seluruhnya setelah BAB.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada pre operasi kanke rectum adalah nyeri, defisit nutrisi, gangguan integritas kulit dan ansietas.
3. Pada penyusunan rencana keperawatan disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan manajemen nyeri, status nutrisi, tingkat ansietas pada pasien dengan kanker rectum harus melihat kondisi pasien dan waktu penyelesaian juga disesuaikan dengan kemampuan pasien.
4. Tindakan keperawatan dilakukan secara berkeseimbangan selama 3x24 jam dengan bekerja sama secara tim dengan perawat ruangan, supaya rencana tindakan dapat dilaksanakan semua. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut.
5. Evaluasi keperawatan pasien pulang setelah melalui 15 hari perawatan dengan nyeri sudah berkurang, status nutrisi membaik dan kecemasan pada pasien sudah teratasi.
6. Pendokumentasian pada Tn. A dilakukan mulai dari tahap pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi dengan metode manual dan berbasis komputer.
   1. **Saran**

Adapun beberapa saran yang dapat diberikan oleh penulis, antara lain :

1. Pasien dan keluarga hendaknya aktif dalam bertanya pada petugas kesehatan yang berada di ruangan tersebut sehingga terjalin hubungan yang baik timbul rasa saling percaya yang akan meningkatkan kerjasama dalam pemberian asuhan keperawatan.
2. RSPAL dr.Ramelan Surabaya sebaiknya mengadakan promosi kesehatan di rumah sakit dengan diagnosis medis kanker rectum agar derajat kesehatan pasien dapat meningkat dalam kondisi sakitnya.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkesinambungan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan yang berhubungan dengan perawatan pasien, dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan profesional sesuai dengan standart asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan.
4. Evaluasi didapatkan hasil bahwa intervensi klien pindah ke ICU Bedah Sentral nyeri pada pasien menurun dan skala 4
5. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan implementasi, yang didokumentasikan adalah data subjektif dari yang dikatakan klien dan data objektif yang bisa di observasi setiap harinya.

**DAFTAR PUSTAKA**

Annisa Rachma Firdausi Darmawan, & Merryana Adriani. (2019). Status Gizi, Asupan Energi dan Zat Gizi Makro Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya. *Amerta Nutrition*, *3*(3), 149–157. https://doi.org/10.2473/amnt.v3i3.2019.149-157

Black, H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan* (1st ed.).

Budi, S. (2019). *Analisis Faktor–Faktor Resiko Yang Mempengaruhi Terjadinya Komplikasi Stoma Pada Pasien Dengan Kolostomi*.

Di, K., & Djamil, R. M. (2019). *Profil Dan Kesintasan Penderita Kanker*. *1*, 45–49.

Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2018). *Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods*. https://doi.org/10.1002/ijc.31937

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

Kemenkes RI. (2017). Panduan Pelayanan Klinis Kanker Rektum. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–11.

Khoirunnisa, Munawaroh, Sujianto, U., & Mardiyono. (2017). Nyeri dan kemampuan aktivitas pada pasien kanker kolorektal menjalani kemoterapi. *Adi Husada Nursing Journal*, *3*(1), 100–104. https://adihusada.ac.id/jurnal/index.php/AHNJ/article/view/86

Kumala Sari, A. M. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*.

Lusinah, S. (2010). *Asuhan Keperawan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal* (1st ed.).

Novita, K., Rompas, S., & Bataha, Y. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Trhadap Respon Nyeri Pada Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif Di Puskesmas Bahu Kota Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, *5*(1), 113347.

Nurhayati, D., Mardhiyah, A., & Adistie, F. (2017). the Quality of Life of Toddler Post Colostomy in Bandung. *NurseLine Journal*, *2*(2), 166. https://doi.org/10.19184/nlj.v2i2.5941

NURSALAM. (2008). *KONSEP & PENERAPAN METEDOLOGI PENELITIAN ILMU KEPERAWATAN*.

Pahlevi, R. B., & Setyawan, A. B. (2016). *Pengaruh Relaksasi Benson terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Benigna Prostate Hyperplasia (BPH) Post Tur Prostat di Ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab …*.

Poltekkes Semarang. (2014). *BAB II Anatomi Kolon dan Rektum*. 11–39.

PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.

Prof, R., & Soekarjo, M. (n.d.). *1) , 2) , 3)*. *09*.

Qosim, N. (2013). Tindakan Keperawatan yang Diterima Pasien Preoperatif di Bangsal Bedah RSUP Dr . Kariadi Semarang. *Medica Hospitalia : Journal of Clinical Medicine*, *1*(3). https://doi.org/10.36408/mhjcm.v1i3.73

Rahdi, D. R., Wibowo, A. A., & Rosida, L. (2014). Kolorektal Di Rsud Ulin Banjarmasin Periode April-September 2014. *Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasiin*, *September*, 221–232. ppjp.unlam.ac.id

Restrepo Klinge, S. (2019). No TitleΕΛΕΝΗ. *Αγαη*, *8*(5), 55.

Sayuti, M., & Nouva, N. (2019). Kanker Kolorektal. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, *5*(2), 76. https://doi.org/10.29103/averrous.v5i2.2082

Sjamsuhidajat, R. (2016). *Buku Ajar Ilmu Bedah*.

Sri Mulyani, D. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Sistem Pencernaan* (1st ed.).

widya hartati. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kemoterapi Dengan Ca Colon Yang Dirawat Di Rumah Sakit, Jurnal Keperawatan Kesehatan*.

Wijaya, P. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah : Keperawatan dewasa teori dan contoh askep* (1st ed.).

Lampiran 1

STRANDART PROSEDUR OPERASIONAL

**INJEKSI INTRAVENA**

1. **Pengertian**

Memasukan atau menyuntikan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena.

1. **Tujuan**
2. Memperoleh reaksi obat yang cepat dari pada injeksi parenteral lain
3. Untuk menghindari kerusakan jaringan
4. Untuk memasukan obat dengan jumlah yang lebih besar
5. **Prosedur**
6. **Persiapan Alat**
7. Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
8. Kapas alkohol
9. Sarung tangan
10. Obat yang sesuai
11. Spuit 2 ml – 5 ml
12. Bak spuit
13. Baki obat
14. Plester
15. Perlak pengalas
16. Pembendung vena (torniquet)
17. Kassa steril (bila perlu)
18. Bengkok
19. **Persiapan Obat**
20. Cek 7 benar pemberian obat
21. Siapkan obat hanya untuk satu kali pemberian pada satu klien
22. **Persiapan pasien**
23. Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan prosedur
24. **Prosedur**
25. Cuci tangan
26. Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada klien. Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan
27. Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada klien
28. Dekatkan alat-alat ke klien
29. Beritahu kembali klien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
30. Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan
31. Pasang sarung tangan
32. **Prosedur Terpasang Infus**
33. Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)
34. Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup)
35. Matikan aliran cairan infus ke vena klien.
36. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.
37. Masukkan jarum spuit ke tempat penusukkan
38. Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam selang infus. Sesuaikan waktu pemberian dengan jenis obat.
39. Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand, lalu buang ke tempat sampah medis alat tajam habis pakai.
40. Setelah obat masuk semua, buka kembali aliran cairan infus ke vena atur kembali tetesan sesuai program.
41. Amati kelancaran tetesan infus.
42. Lepaskan sarung tangan
43. Rapikan alat-alat dan bantu klien dalam posisi nyaman.
44. Evaluasi respon klien setelah pemberian obat intravena (IV) dan rencana tindak lanjut
45. Sampaikan salam terminasi
46. Cuci tangan
47. Dokumentasi hasil tindakan pemberian obat IV