KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "D" DENGAN POST OP CA COLON DI RUANG PERAWATAN SANTA BERNADETH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

MICHAEL ATANASIUS MENTEO NIRON
E1614401027
MARSHEL ELSON BUNGA'
E1514401032

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2020

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.“D” DENGAN *POST OP CA COLON* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Michael Atanasius Menteo Niron
Marshel Elson Bunga

NIM : E1714401027
E1514401032

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Elmiana B. Linggi, Ns., M.Kes)
NIDN. 0925027603

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Fransiska Anita E.R.S, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB)
NIDN. 0913098201

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."D" DENGAN *POST OP CA COLON* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 15 Juni 2020
Pukul : 09:20 - 10:40 Wita
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes (.....)
2. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)
NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Michael Atanasius Menteo Niron
Tempat/ Tanggal Lahir	: Jakarta, 02 Mei 1997
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Katholik
Alamat	: Jl. Bajiminasa 2 dalam, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Yasinta Sabu Niron
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: PNS
Alamat	: Flores Timur Larantuka, NTT

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD INPRES Ritaebang	: Tahun 2004 - 2010
SMPS Cendana Ritaebang	: Tahun 2010 - 2013
SMAN Solor Selatan	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2016 - 2020

RIWAYAT HIDUP

IV. Identitas Pribadi

Nama	: Marshel Elson Bunga
Tempat/ Tanggal Lahir	: Makassar/ 22 Oktober 1995
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Kristen
Alamat	: Jl. Sermani IV No.3 Makassar

V. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Hendrik L. Bunga’
Agama	: Kristen
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Sermani IV No.3 Makassar

VI. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Elim Tello Baru Makassar	: (1999 – 2000)
SD INP Tello Baru II Makassar	: (2000 – 2006)
SMP Frater Palopo	: (2006 – 2009)
SMK Dewantara Utama Palopo	: (2009 – 2013)
STIK Stella Maris Makassaar	: (2015 – 2020)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul ‘’Asuhan Keperawatan Pada Tn “D” dengan *Post-op Ca Colon* di ruang perawatan Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan, namun berkat bimbingan , pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terimakasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes. selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R.S, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB. selaku Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku wakil ketua Administrasi dan Keuangan di STIK Stella Maris Makassar.
4. Mery Solon, Ns., M.Kes. selaku ketua program studi dan selaku pembimbing akademik DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
5. Elmiana B. Linggi, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku pembimbing penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah dan telah meluangkan waktu serta memberikan pengarahan dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

6. dr. Thomas Soeharto., MMR, selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar
7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan St.Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Keluarga Tn "D" dan pasien selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
10. Teristimewa untuk orang tua dari Michael Atanasius Menteo Niron (Yasinta Sabu Niron) dan Marshel Elson Bunga' (Hendrik L. Bunga') serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa dan perhatian penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
11. Teman- teman seperjuangan lulusan 2020 program DIII keperawatan yang selalu saling mendukung dan bekerjasama dengan baik serta seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HAL

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN ii
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR GAMBAR xi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Definisi 7
2. Anatomi dan fisiologi 8
3. Etiologi 9
4. Patofisiologi 11
5. Manifestasi Klinik 13
6. Test Diagnostik 16
7. Penatalaksanaan Medik 18
8. Komplikasi 21
B. Konsep Dasar Keperawatan 22
1. Pengkajian 22
2. Diagnosa Keperawatan 23
3. Intervensi Keperawatan 23

4. Discharge Planning 27
5. Patoflowdiagram 28
BAB III TINJAUAN KASUS 30
A. Pengkajian 31
B. Analisa Data 47
C. Diagnosa Keperawatan 49
D. Rencana Keperawatan 50
E. Pelaksanaan Keperawatan 58
F. Evaluasi Keperawatan 77
G. Daftar obat 85
BAB IV PEMBAHASAN 88
A. Pengkajian 88
B. Diagnosa keperawatan 89
C. Intervensi keperawatan 90
D. Implementasi keperawatan 91
E. Evaluasi 91
BAB V PENUTUP 93
A. Simpulan 93
B. Saran 94
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data
Tabel 3.2 Diagnosa
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan
Tabel 3.4 Pelaksanaan Keperawatan
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi kolon
Gambar 3.1 Genogram

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keganasan atau kanker merupakan penyakit yang banyak diderita oleh manusia di berbagai belahan dunia. Setiap manusia memiliki risiko menderita kanker karena pengaruh faktor internal maupun eksternal. Berdasarkan data dari *American Cancer Society,* kanker menjadi penyebab kematian kedua dan di prediksi beberapa tahun kedepan akan melampaui penyakit jantung sebagai penyebab kematian utama saat ini (Siegel, Dkk Dalam buku ajar : Gizi & Kanker. 2015).

Kanker ini adalah salah satu dari bentuk kanker yang paling umum dan penyebab kedua kematian yang disebabkan oleh kanker didunia Barat. Berdasarkan data WHO 2018, kanker merupakan penyebab kematian utama di dunia, diperkirakan 9,6 juta jiwa pada 2018. Kanker kolorektal termasuk dalam tiga jenis kanker paling umum terjadi di dunia. Kanker usus besar menyebabkan 655.000 kematian diseluruh dunia setiap tahun, dengan total jumlah kasus 1,8 juta . (WHO, 2018).

Di Amerika Serikat, kanker kolorektal merupakan penyebab kematian akibat kanker nomor tiga pada wanita dan nomor dua pada pria. Diperkirakan pada tahun 2017 angka kematian akan mencapai 50.260 jiwa akibat ca colon (American Cancer Society, 2016).

Data globocan menyebutkan di tahun 2018 terdapat 18,1 juta kasus baru dengan angka kematian sebesar 9,6 juta kematian, dimana 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 6 perempuan di dunia mengalami kejadian kanker. Data tersebut juga menyatakan 1 dari 8 laki-laki dan 1 dari 11 perempuan meninggal karena kanker. Di Indonesia terdapaat 348.809 orang penderita kanker baru dalam satu tahun di seluruh Indonesia dengan rincian kanker payudara

sekitar 58.000 kasus, kanker leher Rahim 32.000, kanker usus besar 30.000 dengan total 207.000 kematian akibat kanker.

Angka kejadian penyakit kanker di Indonesia (136.2/100.000 penduduk) berada pada urutan 8 di asia tenggara, sedangkan di asia urutan ke 23. Angka kejadian tertinggi di Indonesia untuk laki-laki adalah kanker paru yaitu sebesar 19,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 10,9 per 100.000 penduduk, yang diikuti dengan kanker hati sebesar 12,4 per 100.000 penduduk. Dengan rata-rata kematian 7,6 per 100.000 penduduk. Kemudian di urutan ketiga kanker usus besar terbanyak di Indonesia dengan jumlah kasus 1,8 per 100.000 penduduk dengan kematian 9,5% dari seluruh kasus kanker di Indonesia. Sedangkan angka kejadian untuk perempuan yang tertinggi adalah kanker payudara yaitu sebesar 42,1 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 17 per 100.000 penduduk yang di ikuti kanker leher Rahim sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk.

Pada kasus ca colon faktor tidak dapat dimodifikasi adalah riwayat KKR atau polip adenoma individual dan keluarga dan individual riwayat penyakit kronis inflamatori pada usus. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi : inaktivitas, obesitas, kosumsi tinggi daging merah, merokok, dan konsumsi alkohol moderat-sering. Semetara aktifitas fisik, diet berserat dan asupan vitamin D termasuk dalam faktor protektif. Pencegahan kanker kolon dapat dilakukan mulai dari fasilitas kesehatan layanan primer melalui program KIE di populasi atau masyarakat dengan menghindari faktor-faktor risiko kanker kolon yang dapat dimodifikasi dan dengan melakukan skrining atau deteksi dini pada populasi, terutama pada kelompok risiko tinggi. (Kemenkes RI, 2018)

B. Tujuan Penulisan

1. Secara Umum

   Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memperoleh pelaksanaan proses asuhan keperawatan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Ca Colon*

2. Secara Khusus

   a. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Ca Colon.*

   b. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien *Ca Colon.*

   c. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien *Ca Colon.*

   d. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam melaksanakan implementasi keperawatan dengan *Ca Colon.*

   e. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Ca Colon.*

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

   Hasil analisis praktik residensi ini diharapkan menambah pengetahuan dan kompetensi perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan kanker kolon melalui pendekatan teori keperawatan. Inovasi sebagai bahan pemikiran dan pertimbangan dalam peningkatan kualitas pelayanan keperawatan onkologi.

2. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

   Hasil analisis praktik ini diharapkan dapat memperkuat aplikasi teori keperawatan selain itu juga dapat menjadi bahan acuan dalam pengembangan keperawatan onkologi terutama dalam menerapkan inovasi dalam lingkup keperawatan onkologi.

3. Rumah sakit

   Sebagai bahan masukan bagi Ruang Rawat St. Bernadeth III RS. Stella Maris Makassar. Untuk mengetahui cara pemberian asuhan keperawatan pada pasien kolostomi dan ca colon sehingga meningkatkan mutu perawatan Klien rawat inap.

4. Institusi pendidikan

   Sebagai bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan mutu pendidikan terutama dalam bidang asuhan keperawatan .

5. Klien dan keluarga

   Bagi klien dapat bermanfaat untuk mempercepat pemulihan keadaan pasca operasi. Bagi keluarga dapat menambah pengetahuan tentang bagaimana menangani penyakit ca colon.

6. Penulis

   Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis khususnya tentang penyakit ca colon.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam membentuk studi kasus yaitu :

1. Studi Pustaka
   a. Data lebih banyak diperoleh dari referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat penulis.
   b. Memperoleh data melalui internet.
2. Studi Kasus

   Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu :

a. Wawancara

Dengan melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.

b. Observasi

Dengan melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

e. Data Medical Record Rumah Sakit

Data yang dipakai adalah jumlah penderita Ca. Colon di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dalam satu tahun terakhir ini.

E. Sistematika Penlisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari Bab I sampai dengan Bab V. Dimana Bab I terdiri dari pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II terdiri dari tinjauan teoritis, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning (perencanaan

pulang) dan patoflowdiagram. Bab III terdiri dari tinjauan kasus yang menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV terdiri dari pembahasan kasus yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus – kasus kelolaan yang ditemukan di lapangan, dan Bab V yaitu kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Menurut WHO kanker adalah istilah umum untuk suatu kelompok besar penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel abnormal diluar batas normal yang kemudian dapat menyerang bagian tubuh yang berdampingan atau menyebar ke organ lain. Istilah umum yang digunakan adalah tumor ganas dan neoplasma. Kanker dapat mempengaruhi hampir semua bagian tubuh dan memiliki banyak subtype anatomi dan molekuler yang masing-masing memerlukan strategi pengelolaan yang spesifik.

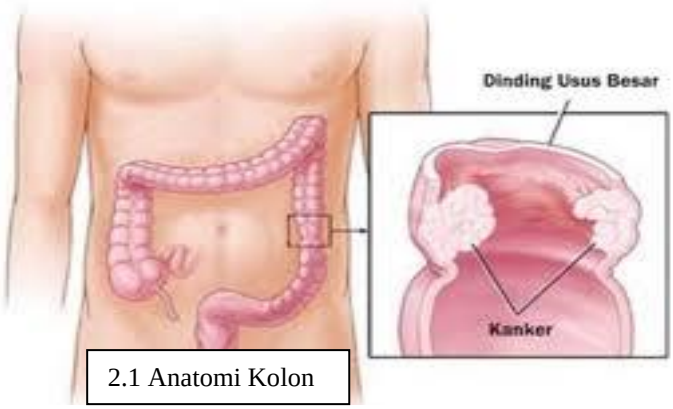
Kanker merupakan penyebab kematian nomor dua di dunia yakni terhitung 8,8 juta kematian di 2015. Kanker paru-paru, prostat, usus, lambung, hati, merupakan kanker yang umum diantara laki-laki, sementara kanker payudara, usu, paru-paru, leher rahim, dan perut merupakan kanker yang paling umum diantara perempuan. (WHO, 2017)

Menurut PNPK KEMENKES RI, ca colon adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus). Sebagian besar terdapat di kolon ascendens (30%), diikuti oleh kolon sigmoid (25%), rektum (20%), kolon descendens (15%) dan kolon transversum (10%) (John Hopkins Medicine Colon Centre, 2016).

Sudah diterima secara luas bahwa kanker adalah penyakit yang disebabkan rusaknya mekanisme pengaturan dasar perilaku sel khususnya mekanisme pertumbuhan dan diferensiasi sel. Kanker merupakan pertumbuhan sel abnormal yang disebabkan karena adanya berbagai faktor yang merubah ekspresi gen dan

menimbulkan disregulasi antara proliferasi sel dan kematian sel. Ploriferasi sel yang tidak terkotrol berkembang menjadi populasi sel yang menginvasi jaringan dan bermetastase ke organ lain. (Hong & Zu. Dalam buku ajar : Gizi & Kanker. 2015)

2. Anatomi Fisiologi



2.1 Anatomi Kolon

a. Anatomi kolon

Usus besar atau kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Pada mamalia, kolon terdiri dari kolon menanjak (ascending), kolon melintang (transverse), kolon menurun (descending), kolon sigmoid, dan rektum. Bagian kolon dari usus buntu hingga pertengahan kolon melintang sering disebut dengan “kolon kanan”, sedangkan bagian sisanya sering disebut “kolon kiri”.

b. Fisiologi kolon

Usus besar mempunyai fugsi yang tidak kecil dalam mencerna makanan hingga membuangnya keluar tubuh. Fungsi usus besar antara lain adalah menyerap nutrisi (misalnya vitamin K) dan air dari makanan dan minuman yang kita konsumsi, mengelola sisa makanan dan minuman dengan bantuan bakteri baik dalam usus. Bakteri ini juga memiliki fungsi lain seperti mensintesis berbagai vitamin dan melindungi usus

dari bakteri berbahaya yang dapat menyebabkan penyakit, membentuk atau mengubah tinja dari cairan menjadi padat, menyerap zat empedu. Hampir semua empedu yang tersisa pada proses pencernaan akan diserap di usus kecil, namun sisa-sisa empedu yang masih terdapat pada makanan yang telah dicerna akan diserap kembali oleh usus besar, menyimpan tinja yang akan dibuang, dan membuang tinja keluar dari tubuh. (Alodok apps, 2020)

3. Etiologi

Penyebab dari kanker kolon ini belum diketahui pasti tetapi berdasarkan *American Cancer Society* tahun (2015), faktor resikonya dibagi menjadi dua yaitu yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Tidak Dapat dimodifikasi :

a. Tidak dapat dimodifikasi

1) Genetik

Seseorang dengan orang tua, saudara atau anak yang memiliki kanker kolorektal memiliki 2 sampai 3 kali risiko mengembangkan penyakit dibandingkan dengan individu yang tidak mempunyai riwayat kanker kolorektal di keluarga. Jika terdapat riwayat keluarga yang didiagnosis pada usia muda atau jika ada anggota keluarga lebih dari satu orang yang terkena, risiko meningkat hingga 3 sampai 6 kali. Sekitar 20% dari semua pasien kanker kolorektal memiliki saudara dengan riwayat ksanker kolorektal. Dan sekitar 5% dari pasien kanker kolorektal mempunyai sindrom genetik yang menyebabkan penyakit ini. Yang paling umum adalah Lynch syndrome (juga dikenal sebagai hereditary non-polyposis colorectal cancer).

2) Usia

Ketika memasuki usia tua tentunya segala system di tubuh akan menurun fungsinya, termasuk sel yang menghambat terjadinya kanker. Menurut data kementrian kesehatan tahun 2015, memasuki usia di atas 25 tahun risiko terjadinya kanker kolon meningkat, apalagi di atas usia 45 tahun.

b. Dapat Dimodifikasi :

1) Riwayat penyakit

Riwayat polip adenomatous adalah Salah satu penyebab yang meningkatkan risiko ca colon. Hal ini terutamanya apabila ukuran polip besar atau jika lebih dari satu. Seseorang dengan inflammatory bowel disease, kondisi dimana terjadi peradangan usus selama jangka waktu yang panjang, memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker kolorektal. Inflammatory bowel disease yang paling umum adalah ulcerative colitis dan penyakit crohn.

2) Diet

Konsumsi daging merah atau daging diproses secara berlebihan akan meningkatkan risiko terjadinya kanker di usus besar dan juga rektum. Alasan untuk ini belum jelas tetapi mungkin terkait dengan karsinogen (zat penyebab kanker) yang terbentuk ketika daging merah di masak pada suhu yang tinggi selama jangka waktu yang panjang atau aditif nitrit yang digunakan untuk pengawetan.

3) Merokok dan alkohol

Pada bulan iagnost 2009, international agency for research on cancer melaporkan bahwa ada bukti yang cukup untuk menyimpulkan bahwa tembakau dalam rokok dapat menyebabkan kanker kolorektal. Asosiasi tampaknya lebih kuat pada rektum dari ca colon.

Ca colon dikaitkan dengan konsumsi alkohol berat dan sedang. Seseorang yang mempunyai purata hidup dengan konsumsi alkohol 2 hingga 4 minuman per hari memiliki risiko 23% lebih tinggi terkena Ca colon dibandingkan dengan mereka yang mengkonsumsi 1 minuman per hari (*American Cancer Society, 2017*).

4. Patofisiologi

Kanker kolon dan rektum (95%) adenokarisnoma (muncul dari lapisan epitel usus.) di mulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyerap serta merusak jaringan normal serta meluas kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar kebagian tubuh yang lain(paling sering ke hati). (James FR, Dkk. 2015).

Pertumbuhan kanker menghasilkan efek sekunder, meliputi penyumbatatan lumen usus dengan obstruksi dan ulserasi pada dinding usus serta perdarahan. penetrasi kanker dapat menyebabkan perforasi dan abses,serta timbulnya metastase pada jaringan pada jaringan lain. prognosis relativ baik bila lesi terbatas pada mukosa dan submukosa pada reseks dilakukan, dan jauh lebih jelek terjadi mestase ke kelenjar limfe (James FR, Dkk. 2015)

Menurut (Fuadiyah N. K., Dkk. 2016), tingkatan kanker kolorektal dari duke sebagai berikut:

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

Kanker kolorektal merupakan salah satu usus yang dapat tumbuh secara lokal dan bermetastase luas. adapun cara penyebaran ini melalui beberapa cara. penyebaran secara lokal

biasanya masuk ke dalam lapisan dinding usus sampai keserosa dan lemak mesentrik, lalu sel kanker tersebut akan mengenai organ disekitarnya. adapun penyebaran yang lebih luas lagi didalam lumen usus yaitu melalui limfatik dan sistem sirkulasi.

Bila sel tersebut masuk melalui sistem sirkulasi, maka sel kanker tersebut dapat terus masuk ke oragan hati, kemudian metastase ke organ paru- paru. penyebaran lain dapat ke adrenal, ginjal, kulit, tulang dan otak. sel kanker dapat menyebar ke daerah perionneal pada saat akan dilakukan reseksi tumor (Fuadiyah N. K., Dkk. 2016).

Hampir semua kanker kolorektal ini berekembang dari polip adenoma jenis *villous,tubular, dan tubular.* namun dari ketiga jenis adenoma ini, hanya jenis adenoma ini, hanya jenis villous dan tubular yang diperkirankan akan menjadi premaligna.jenis tubular berstruktur seperti bola dan bertangkai, sedengkan jenis villous berstruktur tonjolan seperti jari- jari tangan dan tidak bertangkai. kedua jenis ini tumbuh menyerupai bunga kol didalam kolon didalam kolon sehinngga massa tersebut akan menekan dinding mukosa kolon penekanan yang terus- menerus ini akan mengalami lesi- lesi ulserasi yang akhirnya akan menjadi perdarahan kolon. selain perdarahan, maka obstruksi pun kadang dapat terjadi. terjadi saja lokasi tumbuhnya adenoma tersebut sebagai acuan. bila adenoma tumbuh di dalam lumen luas (ascendens dan transversum), maka obstruksi jarang terjadi. hal ini dikarenakan isi (feses masih mempunyai konsentrasi air cukup) masih daapt melewati lumen tersebut dengan mengubah bentuk (disesuikan dengan lekukan lumen karena tonjolan massa). tetapi bila adenoma tersebut tumbuh dan berkembang di daerah lumen yang sempit (descendens atau bagian bawah), maka obstruksi akan terjadi karena tidak dapat melewati lumen yang telah terdesak oleh

massa. namun kejadian obstruksi tersebut dapat menjadi total atau persial (Fuadiyah N. K., Dkk. 2016).

Secara genetik, kanker kolon merupakan penyakit yang kompleks. perubahan genetik sering dikaitkan dengan perkembangan dari lesi permaalignan (adenoma) untuk adenokarinoma invasif. rangkakain peristiwa molekuler dan genetik yang menyebabakan tranformasi dari keganasan polip adenomatosa proses awal adalah mutasi APC (adenomatosa poliposis gen) yang pertaam kalinya ditemukan pada individu dengan keluarga adenomatosa poliposis (FAP= *Familial adenomatous polyposis*). protein yang dikodekan oleh APC penting dalam aktivasi pnkogen c- mc dan siklin D1, yang mendorong perkembangan menjadi fenotipe ganas (Fuadiyah N. K., Dkk. 2016

5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari kanker sangat bervariasi dan tidak spesifik. keluhan utama pasien dengan kanker korektal berhubungan dengan besar dan lokasi dari tumor. tumor yang berada pada kolon kanan, dimana isi kolon berupa cairan, cenderung tetap tersamar hingga lanjut sekali sedikit kecenderungan menyebabkan obstruksi karena lumen usus lebih besar dari feses masih encer. gejala klinis sering berupa rasa penuh, nyeri abdomen ,perdarahan dan symptomatik anemia (menyebabkan kelemahan , pusing dan penurunan berat badan). tumor yang berada pada kolon kiri cenderung mengakibatkan perubahan pola defekasi sebagai akibat iritasi dan respon refleks, perdarahan, mengecilnya ukuran feses, dan komplikasi karena lesi kolon kiri cenderung mengakibatkan perubahan pola defekasi sebagai akibat iritasi dan respon refleks, perdarahan, mengecilnya ukuran feses, dan komplikasi karena lesi kolon kiri yang cenderung melingkar mengakibatkan obstruksi. Tumor pada rektum atau sigmoid bersifat lebih infiltratif pada waktu diagnosis dari leksi

proksimal, maka prognosisnya lebih jelek (Fuadiyah N. K., Dkk. 2016).

Menurut (James FR, Dkk. 2015) Kanker usus besar dibagi menjadi dua stadium, yaitu :

a. Stadium dini

1) Tanda iritasi usus dan perubahan kebiasaan defekasi :

   Sering buang air besar, diare atau obstipasi, kadang kala obstipasi dan diare silih berganti, tenesmus, anus turun tegang, sering terdapat nyeri samar abdomen. Pasien lansia bereaksi tumpul dan lamban, tidak peka nyeri, kadang kala setelah terjadi perforasi tumor, peritonitis baru merasakan nyeri dan berobat.

2) Hematokezia :

   Tumor luka ulserasi berdarah, kadang kala merah segar atau merah gelap, biasanya tidak banyak, intermitan. Jika posisi tumor agak tinggi, darah dan feses bercampur menjadikan feses mirip selai. Kadang kala keluar lendir berdarah.

3) Ileus :

   Ileus merupakan tanda lanjut kanker kolon. Ileus kolon sisi kiri sering ditemukan. Kanker kolon tipe ulseratif atau hiperplastik menginvasi kesekitar dinding usus membuat lumen usus menyempit hingga ileus, sering berupa ileus mekanik nontotal kronis, mula – mula timbul perut kembung, rasa tak enak perut intermitten, borborigmi, obstipasi atau feses menjadi kecil (seperti pensil atau tahi kambing) bahkan tak dapat buang angin atau feses. Sedangkan ileus akut umumnya disebabkan karsinoma kolon tipe infiltratif. Tidak jarang terjadi intususepsi dan ileus karena tumor pada pasien lansia, maka pada lansia dengan intususepsi harus memikirkan kemunngkinan karsinoma kolon. Pada ileus akut maupun kronik, gejala muntah tidak menonjol, bila terdapat

muntah, mungkin usus kecil (khususnya proksimal) sudah terinvasi tumor.

4) Massa Abdominal

Ketika tumor tumbuh hingga batas tertentu didaerah abdomen dapat diraba adanya massa, sering ditemukan pada kolon belahan kanan. Pasien lansia umumnya mengurus, dinding abdomen relatif longgar, massa mudah diraba. Pada awalnya massa bersifat mobil, setelah menginvasi sekitar menjadi infeksi.

5) Anemia

Pengurusan, demam, astenia dan gejala toksik sistemik lain. Karena pertumbuhan tumor menghabiskan nutrisi tubuh, perdarahan kronis jangka panjang menyebabkan anemia; iinfeksi sekunder tumor menyebabkan demam dan gejala toksik.

b. Stadium Lanjut

Selain gejala lokal tersebut diatas, dokter harus memperhatikan tumor adalah penyakit sistemik, pada fase akhir progresi kanker usus besar timbul gejala stadium lanjut yang sesuai. Misal, invasi luar tumor dalam kavum pelvis menimbulkan nyeri daerah lumbosakra, iskialgia dan neuralgia obturatoria; ke anterior menginvasi mukosa vagina dan vesika urinaria menimbulkan perdarahan pervaginam atau hematuria, bila parah dapat timbul fistel rektovaginal, fistel rektovesikel; obstruksi ureter bilateral menimbulkan anuria, uremia; tekanan pada retra menimbulkan retensi urin; asites, hambatan saluran limfatik atau tekanan pada vena iliaka menimbulkan udem tungkai, skrotal, labial; perforasi menimbulkan peritonitis akut, abses abdomen; metastasis ke paru menimbulkan batuk, nafas memburu, hemoptisis; metastasis ke otak menyebabkan koma; metastasis tulang menimbulkan nyeri tulang, pincang dll.

Akhirnya dapat timbul kakeksia, kegagalan sistemik (James FR, Dkk. 2015).

6. Tes Diagnostik

Menurut (James FR, Dkk. 2015) ada beberapa macam pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendeteksi kanker kolon, yaitu :

a. Biopsi

Konfirmasi adanya malignansi dengan pemeriksaan biopsi sangat penting jika terdapat sebuah obstruksi sehingga tidak memungkinkan dilakukannya biopsi maka sikat sitologi akan sangat berguna (James FR, Dkk. 2015).

b. Carsinoembrionik Antigen (CEA) *Screening*

CEA adalah sebuah glikoprotein yang terdapat pada permukaan sel yang masuk ke dalam peredaran darah, dan digunakan sebagai marker serologi untuk memonitor status kanker kolorektal dan untuk mendeteksi rekurensi dini dan metastase ke hepar. CEA terlalu insensitif dan nonspesifik untuk bisa digunakan sebagai screening kanker kolorektal. Meningkatnya nilai CEA serum, bagaimanapun berhubungan dengan beberapa parameter. Tingginya nilai CEA berhubungan dengan tumor grade 1 dan 2, stadium lanjut dari penyakit dan kehadiran metastase ke organ dalam. Meskipun konsentrasi CEA serum merupakan faktor prognostik independen. Nilai CEA serum baru dapat dikatakan bermakna pada monitoring berkelanjutan setelah pembedahan (James FR, Dkk. 2015).

Meskipun keterbatasan spesifitas dan sensifitas dari tes CEA, namun tes ini serinng diusulkan untuk mengenali adanya rekurensi dini. Tes CEA sebelum operasi sangat berguna sebagai faktor prognosa dan apakah tumor primer berhubungan dengan meninngkatnya nilai CEA. Peningkatan nilai CEA pre - operatif berguna untuk identifikasi awal dari metastase karena

sel tumor yang bermetastase sering mengakibatkan naiknya nilai CEA (James FR, Dkk. 2015).

c. Digital Rectal Examination

Pada pemeriksaan ini dapat dipalpasi dinding lateral, posterior, dan anterior, serta spina iskiadika, sakrum dan coccygeus dappat diraba dengan mudah. Metastasis intraperitoneal dapat teraba pada bagian anterior rektum dimana sesuai dengan posis anatomis kantong douglas sebagai akibat infiltrasi sel neoplastik. meskkipun 10 cm merupakan batas eksplorasi jari yang mungkin dilakukan, namun telah lama diketahui bahwa 50% dari kanker kolon dapat dijangkau oleh jari, sehingga rectal examination merupakan cara yang tidak dapat begitu sja diabaikan (James FR, Dkk. 2015).

d. Barium Enema

Teknik yang sering digunakan adalah dnegan memakai double kontras varium enema, yang sensitifitasnya mencapai 90% dalam mendeteksi polip yang berukuran >1 cm. Teknik ini jika digunakan bersama – sama fleksibel sigmoidoskopi merupakan cara yang hemat biaya sebagai alternatif pengganti kolonoskopi untuk pasien yang tidak dapat mentoleransi kolonoskopi, atau digunakan sebagai pemantauan jangka panjang pada pasien yang mempunyai riwayat polip atau kanker yang telah di eksisi. Risiko perforasi dengan menggunakan barium enema sangat rendah, yaitu sebesar 0,02% jika terdapat kemungkinan perforasi, maka sebuah kontras larut air harus digunakan dari pada barium enema. Barium peritonitis merupakan komplikasi yang sangat serius yang dapat mengakibatkan berbagai infeksi dan peritoneal fibrosis. Tetapi sayangnya sebuah kontras larut air tidak dapat menunjukkan detail yang penting untuk menunjukkan lesi kecil pada mukosa kolon (James FR, Dkk. 2015).

e. Endoskopi

Tes tersebut diindikasikan untuk menilai seluruh mukosa kolon karena 3% dari pasien mempunyai synchronous kanker dan berkemungkinan untuk mempunyai polip premaligna (James FR, Dkk. 2015).

f. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rectum. Sebuah standar kolonoskopi panjangnya dapat mencapai 160 cm. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran <1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94% lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67% (Depkes, 2018). Sebuah kolonoskopi juga dapat digunakan untuk biopsi, polipektomi, mengontrol perdarahan dan dilatasi dari struktur. Kolonoskopi merupakan prosedur yang sangat aman dimana komplikasi utama (perdarahan, komplikasi anestesi, dan perforasi) hanya muncul kurang dari 0,2% pada pasien. Kolonoskopi merupakan cara yang sangat berguna untuk mendiagnosis dan manajemen dari *Inflamatory Bowel Disease,* non akut divertikulitis, sigmoid volvulus, gastrointestinal bleedin, megakolon non toksik, struktur kolon dan neoplasma. Komplikasi lebih sering terjadi pada kolonoskopi terapi daripada diagnostik kolonoskopi, perdarahan merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi terapeutik, sedangkan perforasi merupakan komplikasi utama dari kolonoskopi diagnostik (James FR, Dkk. 2015).

7. Penatalaksanaan Medis

a. Pembedahan

Pembedahan adalah salah satunya cara yang telah secara luas diterima sebagai penangan kuratif untuk kanker kolorektal. Pembedahan kuratif untuk kanker kolorektal. Pembedahan

kuratif harus mengeksisi dengan batas yang luas dan maksimal regional lymphadenektomi sementara mempertahankan fungsi dari kolon sebisanya.Untuk lesi diatas rektum, reseksi tumoor dengan minimum margin 5 cm bebas tumor (James FR, Dkk. 2015).

Menurut (Fuadiyah N. K., Dkk. 2016), pembedahan merupakan tindakan primer pada kira – kira 75% pasien dengan kanker kolorektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif atau palliative. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolosotomi laparoskopik dengan polipektomi, suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskop diigunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan dikolon massa tumor kemudian dieksisi. Reseksi usus diindikasikan untuk kebanyakan lesi kelas A dan semua kelas B serta lesi C. Pembedahan kadang dianjurkan untuk mengatasi kanker kolon D. Tujuan pembedahan dalam situasi ini adalah *palliative*. Apabila tumor telah menyebar dan mencangkup struktur vital sekitarnya, maka operasi tidak dapat dilakukan.

b. Terapi Radiasi

Terapi radiasi merupakan penanganan kanker dengan menggunakan x-ray berenergi tinggi untuk membunuh sel kanker. Terdapat 2 cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan eksternal radiasi dan internal radiasi. Pemilihan cara radiasi diberikan tergantung pada tipe dan stadium dari kanker (James FR, Dkk. 2015).

c. Kemoterapi

Kemoterapi dalam Bahasa Inggris (*Chemotherapy*) adalah penggunaan zat kimia untuk perawatan penyakit. Kemoterapi adalah penggunaan zat kimia untuk perawatan penyakit. Dalam penggunaan modernnya, istilah ini hampir merujuk secara

eksklusif kepada obat sitostatik yang digunakan untuk merawat kanker.

Kemoterapi bermanfaat untuk menurunkan ukuran kanker sebelum operasi, merusak semua sel – sel kanker yag tertinggal setelah operasi, dan mengobati beberapa macam kanker darah. Kemoterapi merupakan bentuk pengobatan kanker dengan menggunakan obat sitostatikayaitu suatu zat – zat yang dapat menghambat poliferasi sel – sel kanker.

Kemoterapi memerlukan penggunaan obat untuk menghancurkan sel kanker. Walaupun obat ideal akan menghancurkan sel kanker dengan tidak merugikan sel biasa, kebanyakan obat tidak selektif. Malahan, obat didesain untuk mengakibatkan kerusakan yang lebih besar pada sel kanker daripada sel biasa, biasanya dengan menggunakan obat yang mempengaruhi kemampuan sel untuk bertambah besar. Pertumbuhan yang tak terkendali dan cepat adalah ciri khas sel kanker. Tetapi, karena sel biasa juga perlu bertambah besar, dan beberapa bertambah besar cukup cepat (seperti yang di sumsum tulang dan garis sepanjang mulut dan usus), semua obat kemoterapi mempengaruhi sel biasa dan menyebabkan efek samping.

Tujuan pemberian kemoterapi : pengobatan, mengurangi massa tumor selain pembedahan atau radiasi, meningkatkan kelangsungan hidup dan memperbaiki kualitas hidup, mengurangi komplikasi akibat metastase. Kemoterapi dapat diberikan dengan cara infus, suntikan langsung (pada otot, bawah kulit, rongga tubuh) dan cara diminum (tablet/kapsul).

Efek samping yang bisa timbul adalah antara lain : lemas, mual, dan muntah, gangguan pencernaan, sariawan, efek pada darah, otot dan saraf, kulit dapat menjadi kering dan berubah warna, dan produksi hormon.

Dalam beberapa penelitian kemoterapi mampu menekan jumlah kematian penderita kanker tahap dini, namun bagi penderita kanker tahap akhir/metastase, tindakan kemoterapi hanya mampu menunda kematian atau memperpanjang usia hidup pasien untuk sementara waktu. Bagaimanapun manusia hanya bisa berharap sedangkan kejadian akhir hanyalah Tuhan yang menentukan.

8. Komplikasi

Komplikasi pada pasien dengan kanker kolon yaitu :

a. Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap.
b. Metastaseke organ sekitar, melalui hematogen, limfogen dan penyebaran langsung.
c. Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi.
d. Perforasi usus dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses.
e. Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok.
f. Pembentukan abses.
g. Pembentukan fistula pada urinari bladder atau vagina. Biasanya tumor menyerang pembuluh darah dan sekitarnya yang menyebabkan pendarahan. Tumor tumbuh kedalam usus besar dan secara berangsur-angsur membantu usus besar dan pada akirnya tidak bisa sama sekali. Perluasan tumor melebihi perut dan mungkin menekan pada organ yang berada disekitanya (Uterus, urinary bladder,dan ureter) dan penyebab gejala-gejala tersebut tertutupi oleh kanker.

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian
   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

      Gejala: Kelemahan, kelelahan, merasa gelisah, ansietas, tidak tidur semalaman karena diare.
   b. Pola nutrisi dan metabolic

      Gejala: Anoreksia, mual, muntah, penurunan BB, tidak toleran terhadap diit/sensitif. Riwayat kebiasaan diet buruk (rendah serat tinggi lemak, pemakaian zat adiktif dan bahan pengawet).
   c. Pola eliminasi

      Gejala: tekstur feses bervariasi dan bentuk lunak sampai bau. Perasaan tidak nyaman/tidak puas, deteksi berdarah/ mukosa dengan atau tanpa keluar feses.Tanda : Menurunnya bising usus, tidak ada peristaltik atau adanya peristaltik yang dapat dilihat, oliguria.
   d. Pola aktivitas dan latihan

      Gejala: Kelemahan, kelelahan, merasa gelisah, ansietas. Nafas pendek, dispnea (respon terhadap nyeri yang dirasakan) yang ditandai dengan takipnea dan frekuensi menurun. Muskuloskeletal : Penurunan kekuatan otot, kelemahan dan malaise (diare, dehidrasi, dan malnutrisi).
   e. Pola Tidur dan Istirahat

      Perubahan pola tidur malam hari.
   f. Pola Persepsi Kognitif

      Pada kasus yang lanjut klien dapat mengalami gangguan pengenalan atau orientasi terhadap tempat, waktu dan orang. Adanya gangguan proses piker dan daya ingat. Cara klien mengatasi rasa tidak nyaman, adanya kesulitan dalam mempelajarai sesuatu. Adanya nyeri yang dirasakan klien.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan gangguan pada gambaran diri.

h. Pola Perandan Hubungan Dengan Sesama

Gejala: masalah hubungan/ peran sehubungan dengan kondisi ketidakmampuan aktif dalam sosial, gangguan peran dalam keluarga.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

Gejala: tidak bisa melakukan hubungan seksual/frekuensi menurun.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Gejala: Ansietas, emosi kesal, misal : perasaan tak berdaya/tak ada harapan. Tanda : menolak, perhatikan yang menyempit, depresi

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

Agama yang dianut, apakah kegiatan ibadah terganggu

2. Diangnosa Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan diet yang kurang
c. Kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kerusakan lapisan kulit/jaringan.
d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik
e. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan

3. Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
a.	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik	Setelah dilakukan tindakan 3x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. vital sign dalam	a. Pemberian analgesic 1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien 2) Cek adanya riwayat alergi obat 3) Evaluasi kemampuan pasien untuk

		batas normal 2. Mampu mengontrol nyeri 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang.	berperan serta dalam pemilihan analgesic, rute dan dosis dan keterlibatan pasien, sesuai kebutuuhan 4) Pilih analgesic atau kombinasi analgesic yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan 5) Pemberian obat 6) Monitor tanda – tanda vital b. Manajemen nyeri 1) Lakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus 2) Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik iindividu atau keluarga atau nyeri yang disebadisability/ ketidaknyamanan/ kecatatan, dengan tepat 3) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur 4) Monitor tanda-tanda vital c. Peningkatan tidur 1) Tentukan pola tidur/aktivitas pasien 2) Tentukan efek dari obat (yang dikomsumsi) pasien terhadap pola tidur 3) Monitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur 4) Monitor tanda – tanda vital
b.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan diet yang tidak adekuat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kebutuhan nutrisi pasien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil : - Makanan	a. Monitor nutrisi 1) Identifikasi perubahan berat badan terakhir 2) Monitor adanya mual dan muntah 3) Monitor diet dan asupan kalori 4) Identifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir – akhir ini 5) Lakukan evaluasi (kemampuan) menelan (misalnya fungsi, motoric

		habis 1 porsi - BB bertambah	wajah, mulut, otot – otot lidah : reflek menelan: dan reflek gigi 6) Monitor tanda – tanda vital b. Pengurangan kecemasan 1) Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan 2) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku klien 3) Pahami situasi krisis yang terjadi dari perspektif klien 4) Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat 5) Monitor tanda – tanda vital c. Manajemen nutrisi 1) Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi 2) Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 3) Instrusikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi (yaitu: membahas pedoman diet dan piramida makanan) 4) Monitor tanda – tanda vital
c.	kerusakan integritas jaringan/kulit berhubungan dengan kerusakan lapisan jaringan/kulit.	Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan jaringan dan kulit baik, dengan kriteria hasil : 1. tidak ada nekrosis 2. Perfusi jaringan normal 3.Menunjukkan proses penyembuhan jaringan	a. Perawatan luka 1) Angkat balutan dan plester perekat 2) Monitor karakteristik luka, termaksuk drainase, warna ukuran, dan bau 3) Ukur luas luka yang sesuai 4) Berikan rawatan insisi pada luka, yang diperlukan 5) Pemberian posisi miring kiri, miring kanan 6) Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat 7) Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase 8) Monitor tanda – tanda vital

			b. Terapi nutrisi 1) Lengkapi Pengkajian sesuai nutrisi, sesuai kebutuhan 2) Monitor intake makaan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan 3) Monitor instruksi diet yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (pasien) perhari, sesuai kebutuhan 4) Monitor tanda – tanda vital c. Perlindungan infeksi 1) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sitematik dan lokal 2) Monitor kerentanaan terhadap infeksi 3) Monitor hitung mutlak granolosit, wbc, dan hasil – hasil diferensial 4) Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup 5) Monitor tanda – tanda vital
d.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam pasien dapat mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan kriteriahasil : 1.Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri 3. Tanda-tanda vital normal 4. Energy	Terapi aktifitas 1. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social 4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek 6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang 8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam

		psikomotor 5. Level kelemahan 6. Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat	beraktivitas 9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas 10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan 11. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual
e.	Ansietas bd strees,perubahan status kesehatan,ancaman kematian	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan , ketakutan, putus asa dengan kriteria hasil : - Tampak rileks - Tidak melamun - Bisa tidur nyenyak - Pasien mampu mengungkapkan perasaannya pada perawat	1. Kaji pengalaman klien sebelumnya dengan kanker 2. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya 3. Berikan lingkungan yang nyaman dan rileks 4. Jelaskan tujuan pengobatan yang dianjurkan dan kemungkinan efek samping 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anti cemas seperti diazepam

5) Implementasi Keperawatan

   Dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan

6) Evaluasi Keperawatan

   Dilakukan sesuai implementasi keperawatan

7) Discharge planning

   f. Konsumsi makanan berserat. Untuk memperlancar buang air besar dan menurunkan derajat keasaman, kosentrasi asam lemak, asam empedu, dan zat besi dalam usus besar.

   g. Asam lemak omega-3, yang terdapat dalam ikan tertentu.

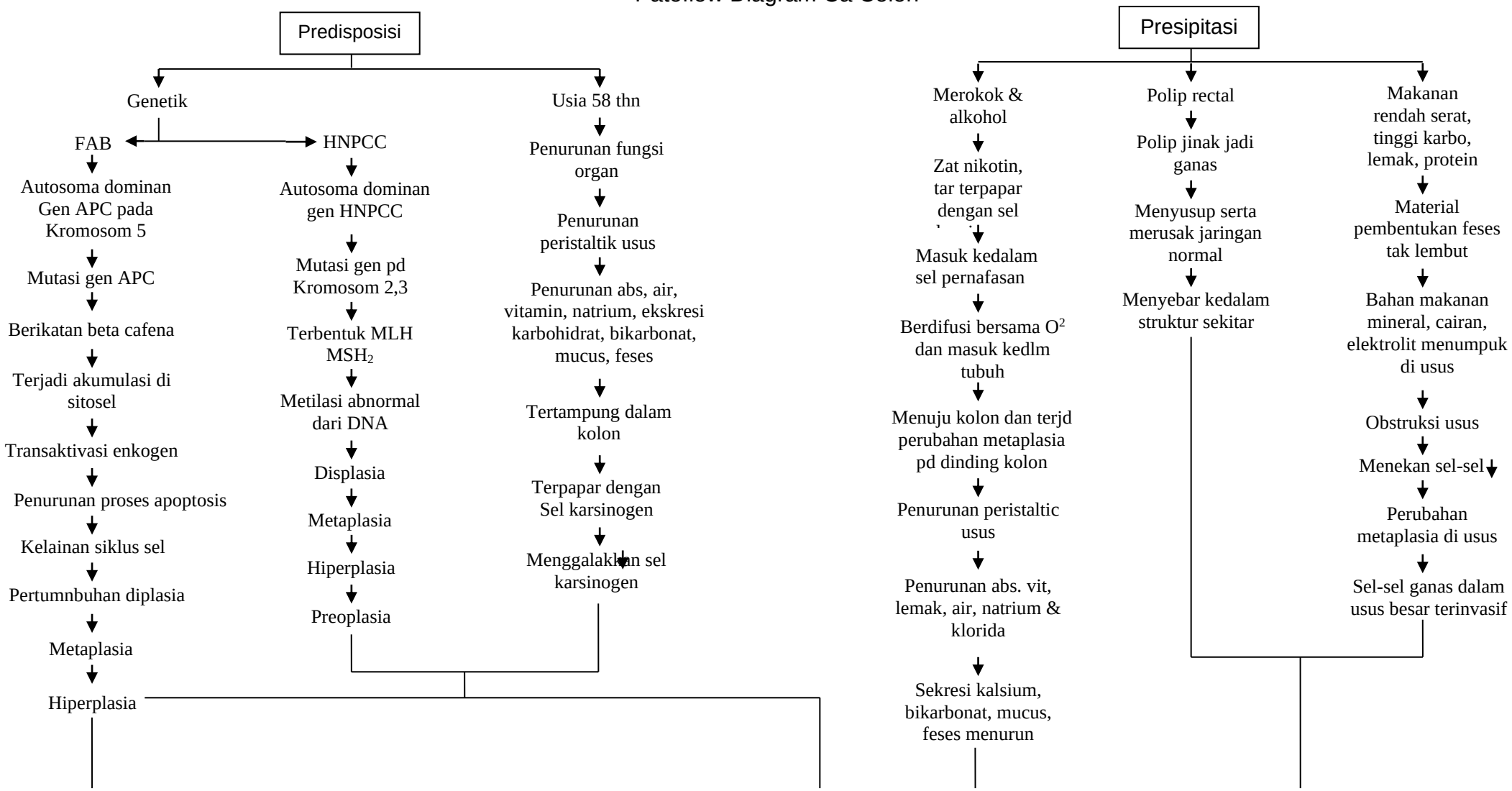
   h. Kosentrasi kalium, vitamin A, C, D, dan E dan beta karotin.

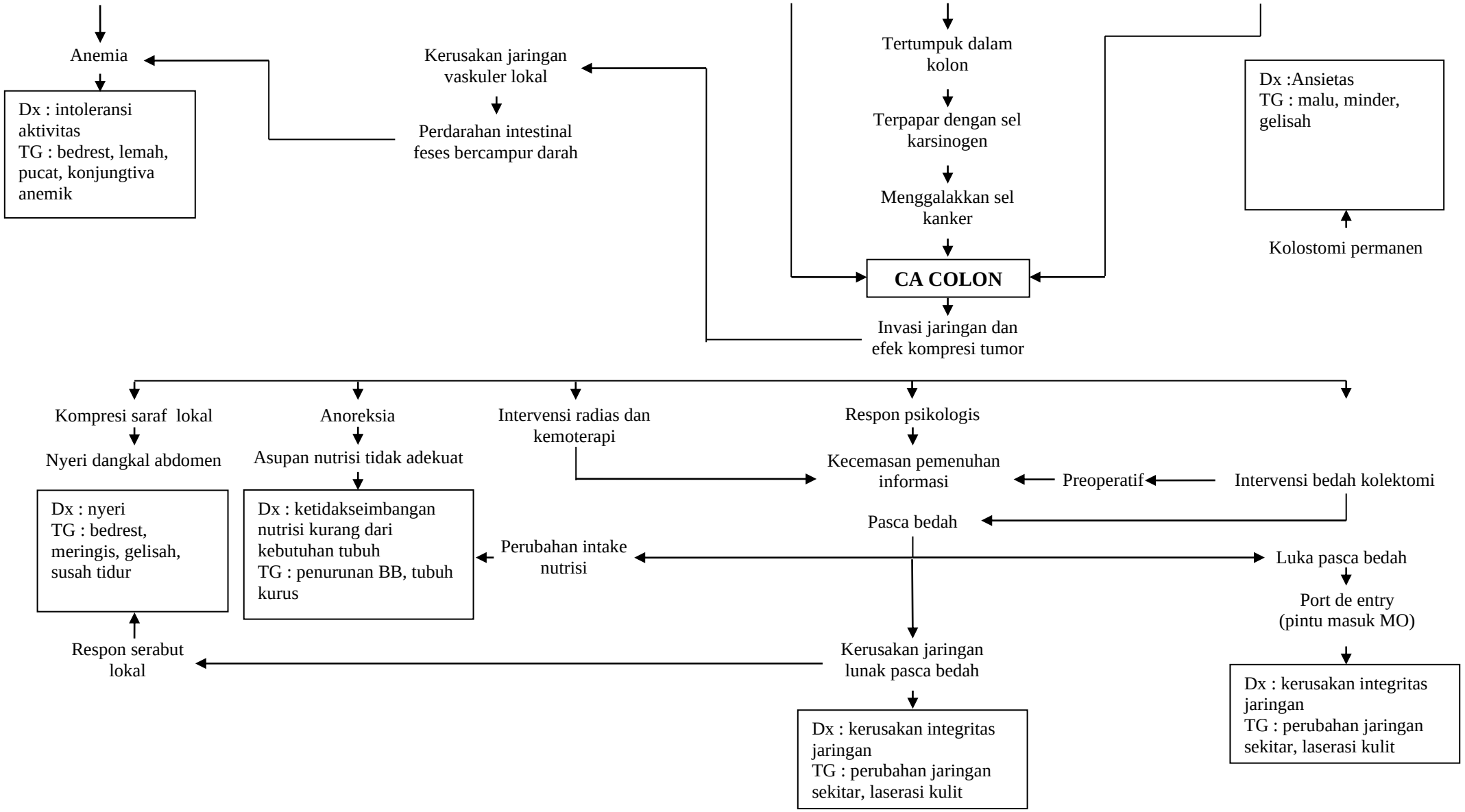
   i. Susu yang mengandung lactobacillus acidophilus.

   j. Berolahraga dan banyak bergerak sehingga semakin mudah dan teratur untuk buang air besar.

   k. Hidup rileks dan kurangi stress.

Patoflow Diagram Ca Colon




Anemia
Dx : intoleransi aktivitas
TG : bedrest, lemah, pucat, konjungtiva anemik
Kerusakan jaringan vaskuler lokal
Perdarahan intestinal feses bercampur darah
Tertumpuk dalam kolon
Terpapar dengan sel karsinogen
Menggalakkan sel kanker
CA COLON
Invasi jaringan dan efek kompresi tumor
Dx :Ansietas
TG : malu, minder, gelisah
Kolostomi permanen
Kompresi saraf lokal
Nyeri dangkal abdomen
Dx : nyeri
TG : bedrest, meringis, gelisah, susah tidur
Anoreksia
Asupan nutrisi tidak adekuat
Dx : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
TG : penurunan BB, tubuh kurus
Intervensi radias dan kemoterapi
Perubahan intake nutrisi
Respon psikologis
Kecemasan pemenuhan informasi
Preoperatif
Intervensi bedah kolektomi
Pasca bedah
Luka pasca bedah
Port de entry (pintu masuk MO)
Dx : kerusakan integritas jaringan
TG : perubahan jaringan sekitar, laserasi kulit
Respon serabut lokal
Kerusakan jaringan lunak pasca bedah
Dx : kerusakan integritas jaringan
TG : perubahan jaringan sekitar, laserasi kulit

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Tn “D” berumur 58 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 18 Februari 2020 dengan keluhan nyeri di perut kanan bawah dan sulit BAB. Pasien mengatakan sebelum ke rumah sakit ia BAB darah berwarna hitam kecokelatan. Pasien masuk di ruang perawatan ST. Bernadeth III dengan diagnosa medik *CA Colon (Carsinoma Colon)*

Pada tanggal 20 Februari 2020 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, pasien mengatakan nyeri muncul jika pasien bergerak, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menjalar sampai ke anus, skala nyeri 7 (skala 1-10), pasien mengatakan merasakan nyerinya hilang timbul, pasien mengatakan durasi nyeri ± 5-10 menit.

Tampak bekas luka operasi pada kuadran kiri bawah, tampak terpasang drainase cairan abdomen = 10cc, tampak pasien sesekali mengusap perbannya, tampak pasien compos mentis dengan GCS =15. Tampak terpasang infus RL 500cc, 20 tetes/menit. Tampak terpasang kateter urine 300cc.

Berdasarkan data yang didapatkan di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan prioritas yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, dan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	: Michael Atanasius Menteo Niron Marshel Elson Bunga'
Nim	: E1614401027 E1514401032

Unit : St.Bernadeth III.A Autoanamnese : ✓

Kamar : 356[2] Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : 18 Februari 2020

Tanggal Pengkajian : 20 Februari 2020

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama initial : Tn "D"
      Umur : 58 tahun
      Jenis kelamin : Laki-laki
      Status perkawinan : Kawin
      Jumlah anak : 4
      Agama/suku : Kristen/Toraja
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Swasta
      Alamat rumah : Jl. G. Latimojong, Makassar
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Tn. "A"
      Umur : 39 Tahun
      Alamat : Jl. G. Latimojong, Makassar
      Hubungan dengan pasien: Anak

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : Ca Colon *(Carsinoma Colon)*

   Saat pengkajian : Ca Colon *(Carsinoma Colon)*

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan sakit

      Pasien tampak sakit ringan/ (Sedang) berat/ tidak tampak sakit

      Alasan : Tampak pasien sakit sedang, tampak lemah, tampak pasien terpasang infus RL 500cc 20tetes/menit, tampak perban post-op pada kuadran kiri bawah, tampak terpasang drainase = 30cc, tampak terpasang kateter urine 300cc

   b. Tanda-tanda vital

      1) Kesadaran (Kualitatif) : compos mentis

         Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

         a) Respon motorik : 6

         b) Respon bicara : 5

         c) Respon membuka mata : 4

            Jumlah :15

            Kesimpulan : pasien Tidak koma

      2) Tekanan darah : 130/80 mmHg

         MAP : 96,66 mmHg

         Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 36^0C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

      4) Pernapasan : 20 x/menit

         Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

         ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-strokea

         Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

      5) Nadi : 86 x/menit

         Irama : ☑ Teratu ☐ Bradikard ☑ Takikardi

         ☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 28 cm

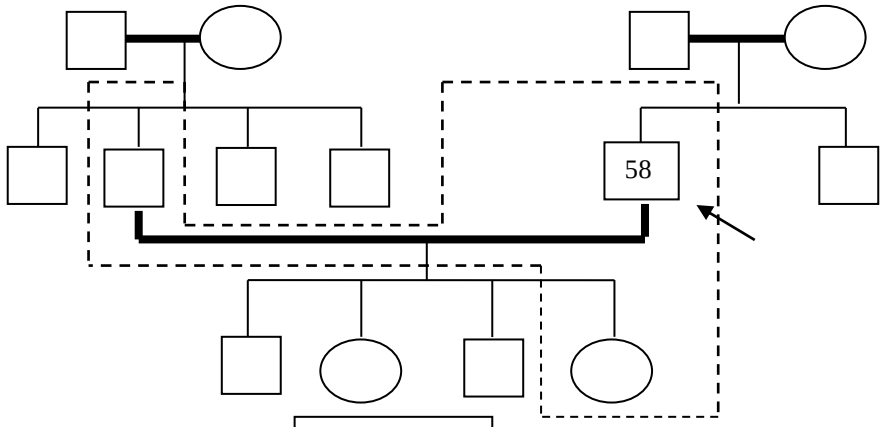
2) Tinggi badan : 163 cm

3) Berat badan : 49 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 18,4 kg/m^2

5) Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



3.1 Genogram

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: pasien

: Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan sangat penting bagi dirinya. Pasien mengatakan ketika sakit selalu membeli obat di apotek. Pasien menatakan sering mengkonsumsi bakso, coto dan sebagai selingan biasanya pasien makan mie instan.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama

Nyeri

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri muncul jika pasien bergerak, pasien mengatakan nyeri pada perut kiri menjalar kebawah sejak seminggu yang lalu, pasien mengatakan BAB berwara hitam kecokelatan, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menjalar sampai ke anus, skala nyeri 7 (skala 1-10), pasien mengatakan merasakan nyerinya hilang timbul ± 5-10 menit.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan ia menderita darah tinggi

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang serupa dengan penyakitnya.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Higine rongga mulut : Tampak kotor, lidah tampak putih
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji pasien menolak
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji pasein menolak

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia makan 3 kali sehari dengan mengkonsumsi beras merah dan sayur hanya menghabiskan ½ porsi dalam 1 porsi makanan, saat pagi biasanya pasien makan nasi kuning atau kue, makanan favorit pasien adalah bakso dan terkadang makan mie instan. Pasien mengatakan ia minum air putih ± 5-7 gelas 1.500 cc/hari. Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 55 kg menjadi 49 kg.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan kurang nafsu makan saat di rumah sakit. Ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari.

3) Observasi

Pasien tampak menghabiskan ¼ dari 1 porsi yang disediakan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bewarna putih
b) Hidrasi kulit : Finger print kembali < 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tampak *edema*/ tampak anemis
d) Sclera : Tidak tampak ikterik
e) Hidung : Tampak simetris di tengah
f) Rongga mulut : Tampak kotor
g) Gusi : Tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak utuh
i) Gigi palsu : Tampak tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras
k) Lidah : Tampak kotor berwarna putih
l) Pharing : Tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
o) Abdomen
   - Inspeksi : Tampak perban bekas operasi
   - Peristaltik usus : Peristaltik 5 x/menit
   - Palpasi : Nyeri
   - Perkusi : Pekak

p) Kulit

- Edema : ☐ Positif ☑ Negatif
- Ikterik : ☐ Positif ☑ Negatif
- Tanda-tanda radangan : Tidak ada tanda-tanda peradangan

q) Lesi : Tidak tampak adanya lesi

c. Pola eleminiasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar, frekuensi 1x/hari dengan konsisten padat dan bewarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK tidak lancar dan mengatakan sakit pada bagian pinggang yang hilang timbul, sehingga ia mengonsumsi obat asam mefenamat untuk menghilangkan rasa nyeri.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAB encer berwarna merah kecoklatan dan sesudah pasien di operasi pasien belum BAB. Pasien mengatakan BAK lancer dengan durasi 3-5 kali sehari dan sesudah operasi pasien mengatakan menggunakan kateter urine

3) Observasi

Tampak terpasang drainase berwarna merah kecoklatan sebanyak 30cc, tampak terpasang kateter urine sebanyak 300cc.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 18 x/menit
b) Palpasi kandung kemih ☐ penuh ☑ kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : ☑ positif ☐ negatif
d) Mulut ureta : Tidak dikaji pasien menolak
e) Anus : Tidak dikaji pasien menolak
- Peradangan : Tidak dikaji pasien menolak

- Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak
- Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia karyawan swasta di sebuah percetakan pasien mengatakan bekerja dari pagi pukul 8.00 sampai sore pukul 17.00. sepulang kerja pasien biasanya hanya duduk di depan tv makan camilan, pasien mengatakan saat libur ia biasanya hanya membersihkan kendaraan dan halaman rumahnya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak banyak melakukan aktivitas dan cepat lelah. Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit pasien hanya baring dan sesekali duduk apabila ingin makan atau minum.

3) Observasi

Tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur

a) Aktivitas harian

1) Makan : 0
2) Mandi : 2
3) Pakaian : 2
4) Kerapian : 2
5) Buang air besar : 1
6) Buang air kecil : 1
7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

0	: Mandiri
1	: Bantuan dengan alat
2	: Bantuan orang
3	: Bantuan alat dan orang
4	: Bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri

c) Gaya jalan : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri

d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada yang cacat

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomy : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring : 130/80 mmHg
- Duduk : Tidak dikajji
- Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : ☐ ☑ positif Negatif

b) HR : 110 ×/ menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5 - 2 cmH_2O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perferusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi

Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : tidak ada

Sianosis :Tidak ada

- Palpasi

Vocal premitus : Getaran sama kiri kanan

Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi

☐ Sonor ☐ Redup ☑ Pekak

Lokasi : lapang paru sebelah kanan

- Auskultasi

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : Normal

Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : Tidak ada pembesaran.

- Palpasi

  Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid - clavikularis sinistra

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid – clavicuralis sinistra

  Batas kanan jantung : ICS 3 linea mid sternalis dekstra

  Batas kiri jantung anterior : ICS 5 lineamid – axilaris sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dekstra

  Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M Mid : Tunggal ICS 5 linea sternalis clavicularis sinistra

  Bunyi Jantung III irama gallop : Tidak terdengar

  Murmur : Tidak terdengar

  Bruit : Aorta : Tidak terdengar

  Renalis : Tidak terdengar

  Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot: ☐ Positif ☑ Negatif
- Rentang gerak

  Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jauh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis : Bicep (-), Tricep (-), Patella (-)
- Reflex patologis : Negatif

  Babinski Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

  Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif
- Clubbing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna veterbalis

- Inspeksi : ☐ Lordosi ☑ Kiposi ☐ scoliosis
- Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
- Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur. Pasien mengatakan tidur malam ±7-8 jam, dari jam 21:00-05.00 WITA dan tidur siang ±2 jam, dari jam 14:00-16:00 WITA. Pasien mengatakan lebih suka tidur dalam suasana gelap. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak dalam rumah sakit, ia hanya baring jam tidur malam biasanya 5-6 jam dan siang 2-3 jam.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : ☐ ☑itif

Negatif

Banyak menguap : ☐ Positif ☑ Negatif

Palpebra inferior bewarna gelap : ☑ Positif ☐ Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mampu mendengar dengan baik, tidak ada gangguan terhadap peglihatan, dapat merasakan panas atau dingin, pasien dapat merasakan manis pahit, asin. Pasien mengatakan dapat mencium bau minyak kayu putih.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia tidak mengalami gangguan penglihatan, pasien mengatakan tidak bermasalah dengan pendengarrannya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu apapun.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Kornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak isokor

- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Tampak simetris
- Kanalis : Tampak bersih tidak ada serum
- Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia adalah pribadi yang baik dan ramah terhadap keluarga, teman kerja dan lingkungan tetangganya. Pasien mengatakan ia adalah suami dan ayah yang bertanggung jawab dan di kantor ia adalah pribadi yang berwibawa dan ramah terhadaprekan kerjanya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit badannya terasa lemas dan merasa pusing tidak bisa melakukan aktivitasnya seperti biasa. Pasien hanya terbaring di tempat tidur tetapi tetap menjalankan perannya sebagai kepala rumah tangga dan ayah bagi anak-anaknya.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring di tempat tidur sambil bercerita dengan anak sulungnya.

a) Kontak mata :Tampak penuh, melihat perawat berbicara

b) Rentang perhatian :Tampak ada perhatian saat diajak bicara

c) Suara dan cara bicara : Suara pasien jelas dan pelan

d) Postur tubuh : Kiposis

1) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri

c) Kulit : Tampak bersih tidak ada Lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sekarang ia tinggal bersama anak dan istrinya. Pasien mengatakan ia memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan anak-anaknya serta keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat dan pasien lainnya terjalin dengan baik

3) Observasi

Pasien berkomunikasi dengan keluarganya serta perawat dengan baik. Tampak pasien dijaga dengan anak perempuannya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia berumur 58 tahun dan memiliki 4 orang anak. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada bagian reproduksi.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia tidak mengalami adanya masalah pada reproduksinya.

3) Observasi

Tampak pasien berpeilaku dan berpenampilan layaknya.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji pasien menolak

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bila mengalami masalah, ia biasa mengontrol diri dan selalu bercerita dengan istri dan anaknya. Pasien mengatakan ia mengalihkan amarahnya dengan menonton Tv dan bercerita dengan istri dan temannya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa cemas memikirkan penyakitnya dan hanya bisa tetap sabar berpasrah dengan peyakitnya.

3) Observasi

Tampak ekspresi pasien tenang sambil bercerita dengan anaknya.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia beragama Kristen Protestan. Pasien mengatakan ia juga aktif dalam kegiatan keagamaan di dalam agamanya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat lagi pergi mengikuti kegiatan keagamaannya tetapi pasien sering membaca Alkitab dan mendengar lagu rohani di HPnya.

5. Uji saraf kranial
   a. N I: Olfactorius :

      Pasien mampu mencium serta membedakan bau minyak kayu putih dengan mata tertutup.
   b. N II: Opticus :

      Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm.
   c. N III, IV, VI: Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens :

      Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke segala arah, pupil mengecil saat ketika diberi cahaya.
   d. N V: Trigeminus
      1) Sensorik: Pasien mengatakan mampu merasakan gesekan tisu di pipi sebelah kanan, kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.
      2) Motorik: Pasien mampu mengunyah dengan keras.
   e. N VII: Fascialis
      3) Sensorik: pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.
      4) Motorik: pasien mampu membuka mulut, tersenyum dan mengangkat alis.
   f. N VIII : Vestibulo - Acusticus
      5) Vestibularis: tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri.
      6) Akustikus: pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga kiri dan kanan.
   g. N IX: Glossopharyngeus

      Tampak letak uvula di tengah.
   h. N X: Vagus

      Pasien mampu menelan.
   i. N XI: Ascesorius: Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri serta dapat menggerakkan kepala ke kiri dan kekanan.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium :

- USG Abdomen : massa solid area colon desendens
- Darah lengkap :

Parameter	Hasil	Nilai normal	Pria	Wanita
Hemoglobin	11.9(g/dl)		13-16	12-14
Eritrosit	4.62(10^6/ul)		4.5-5.5	4.0-5.0
Hematokrit	36.6 (%)		40.0-48.0	37.0-43.0
Leukosit	10.71(10^3/ul)	5.0-10.0		
NEUT%	76.5 %	50-70		
LYMPH	16.7 %	20-40		
PLT	457(10^3/ul)	150-400		

b. Terapi

- Ceftriaxone
- Ranitidine
- Santagesik

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

Michael Atanasius Menteo Niron Bunga’ Marshel Elson

B. Analisa Data

Nama/ umur :Tn “D” tahun

Unit/ kamar : St. Bernadeth III / 357[2]

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS: - Pasien mengatakan mengeluh nyeri perut kiri bawah - Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai ke anus. - Pasien mengataakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan durasi nyeri 5-10 menit. - Pasien mengatakan skala nyeri 7 (skala 1-10). DO: - Tampak pasien meringis. - Tampak luka post-op pada kuadran kiri bawah. - Tanda vital : - TD : 130/80mmhg - N : 86x/menit - S : 36^0C - P : 20x/menit	Agens cidera fisik	Nyeri Akut
2.	DS : - Pasien mengatakan kurang nafsu makan saat di rumah sakit - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan.	Gangguan mencerna makanan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	DO: - Tampak sisa bubur saring pasien ½ piring - IMT : 18,4 kg/m^2 (Berat badan kurang) - Hasil observasi TTV: TD : 130/80 mmHg N : 86 ×/menit S : 36^0C P : 20 ×/ menit		
3.	DS: - Pasien mengatakan memiliki luka pada perut kiri bawah. - Pasien mengatakan luka pada perut kiri bawahnya kadang terasa gatal. DO : - Tampak luka bekas operasi pada perut kiri bawah pasien. - Tampak kemerahan pada bekas luka pasien. - Tampak jahitan luka bekas operasi pasien - Hasil observasi TTV: TD : 130/80 mmHg N : 86 ×/menit S : 36^0C P : 20 ×/ menit	Prosedur bedah	Kerusakan integritas jaringan

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / umur :Tn “D” / 58 tahun

Unit / kamar : St. Bernadeth III / 357[2]

No	Diagnosa Keperawatan
I.	Nyeri akut b/d agens cedera fisik
II.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d gangguan mencerna makanan
III.	Kerusakan integritas jaringan b/d prosedur bedah

C . Rencana Keperawatan

Nama /umur :Tn. “D” / 58 tahun

Unit/ kamar : St. Bernadeth III / 357[2]

No	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing Outcomes Clasification (NOC)	Nursing Interventions Clasification (NIC)
1.	Kamis/ 20 feb 2020	Nyeri akut b/d agens cidera fisik DS: - Pasien mengatakan mengeluh nyeri perut kiri menjalar kebawah. - Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai ke anus. - Pasien mengataakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan skala a. Tingkat kecemasan 1) Tidak dapat beristirahat dipertahankan pada skala 2 ditingkatankan ke skala 3 2) Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 3) Rasa cemas yang	a. Manajemen nyeri 1) Lakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus 2) Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik iindividu atau keluarga atau nyeri yang disebadisability/ketidaknyamanan/kecatatan, dengan tepat 3) Berikan informasi mengenai nyeri,

		durasi nyeri 5-10 menit. - Pasien mengatakan skala nyeri 7 (skala 1-10). DO: - Tampak pasien meringis. - Tampak luka post-op pada kuadran kiri bawah. - Tanda vital : - TD : 130/80mmhg - N : 86x/menit - S : 36^{0}C - P : 20x/menit	disampaikan secara lisan perhatian yang berlebihan terhadap kejadian – kejaian dalam kehidupan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 b. Tingkat nyeri 1) Nyeri yang dilaporkan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 2) Panjangnya episode nyeri dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 •Skala 1 : berat •Skala 2 : cukup berat •Skala 3 : sedang •Skala 4: ringan	seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur 4) Monitor tanda-tanda vital b. pemberian analgesik 1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien 2) Cek adanya riwayat alergi obat 3) Evaluasi kemampuan pasien untuk berperan serta dalam pemilihan analgesic, rute dan dosis dan keterlibatan pasien, sesuai kebutuuhan 4) Pilih analgesic atau kombinasi analgesic yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan 5) Pemberian obat 6) Monitor tanda – tanda vital

			•Skala 5 : tidak ada	
2.	Kamis/20 feb 2020	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d gangguan mencerna makanan DS : - Pasien mengatakan kurang nafsu makan saat di rumah sakit - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan. DO: - Tampak sisa bubur saring pasien ½ piring	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, status nutrisi dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke sakala 5 (tidak terganggu) Dengan kriteria hasil: a. Status nutrisi 1) Asupan gizi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 2) Asupan makan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 3) Asupan cairan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke	a. Monitor nutrisi 7) Identifikasi perubahan berat badan terakhir 8) Monitor adanya mual dan muntah 9) Monitor diet dan asupan kalori 10) Identifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir – akhir ini 11) Lakukan evaluasi (kemampuan) menelan (misalnya fungsi, motoric wajah, mulut, otot – otot lidah : reflek menelan: dan reflek gigi 12) Monitor tanda – tanda vital b. Pengurangan kecemasan 1) Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan 2) Nyatakan dengan jelas harapan

		- IMT : 18,4 kg/m^2 (Berat badan kurang) - Hasil observasi TTV: TD : 130/80 mmHg N : 86 ×/menit S : 36^0C P : 20 ×/ menit	skala 4 • Skala 1 : sangat menyimpang dari rentang normal • Skala 2 : banyak menyimpang dari rentang normal • Skala 3 : cukup menyimpang dari rentang normal • Skala 4 : sedikit menyimpang dari rentang normal • Skala 5 : tidak menyimpang dari rentang normal b. Nafsu makan 1) Mencari makan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 2) Energy untuk makan dipertahankan pada skala 3	terhadap perilaku klien 3) Pahami situasi krisis yang terjadi dari perspektif klien 4) Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat 5) Monitor tanda – tanda vital c. Manajemen nutrisi 1) Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi 2) Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 3) Instrusikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi (yaitu: membahas pedoman diet dan piramida makanan)

			ditingkatkan ke skala 4 c. Eliminasi usus 1) Pola eliminasi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkatkan ke skala 3 2) Jumlah feses untuk diet dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 3) Suara bising usus dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 • Skala 1 : sangat terganggu • Skala 2 : banyak terganggu • Skala 3 : cukup terganggu • Skala 4 : sedikit terganggu • Skala 5 ; tidak terganggu	4) Monitor tanda – tanda vital

III.	Kamis/20 feb 2020	Kerusakan integritas jaringan b/d procedural bedah DS: - Pasien mengatakan memiliki luka pada perut kiri bawah. - Pasien mengatakan luka pada perut kiri bawahnya kadang terasa gatal. DO : - Tampak luka bekas operasi pada perut kiri bawah pasien. - Tampak kemerahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan a. Pengetahuan : manajemen infeksi 1) Faktor yang berkontribusi terhadap penularan infeksi ditingkatkan ke skala 3 ditingkatkan ke skala 4 2) Tanda dan gejala infeksi dipertahankan di skala 3 ditingkatkan ke skala 4 3) Prosedur pemantauan untuk infeksi di pertahankan ke skala 3 ditingkatkan ke skala 4 ditingkatkan ke skala 3	a. Perawatan luka 1) Angkat balutan dan plester perekat 2) Monitor karakteristik luka, termaksuk drainase, warna ukuran, dan bau 3) Ukur luas luka yang sesuai 4) Berikan rawatan insisi pada luka, yang diperlukan 5) Pemberian posisi miring kiri, miring kanan 6) Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat 7) Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase 8) Monitor tanda – tanda vital b. Terapi nutrisi

		pada bekas luka pasien. - Tampak jahitan luka bekas operasi pasien - Hasil observasi TTV: TD : 130/80 mmHg N : 86 ×/menit S : 36^0C P : 20 ×/ menit	ditingkatkan ke skala 4 4) Pengaruh gizi pada infeksi dipertahankan pada skala • Skala 1 : tidak ada pengetahuan • Skala 2 : pengetahuan terbatas • Skala 3 : pengetahuan sedang • Skala 4 : pengetahuan banyak • Skala 5 : pengetahuan sangat banyak b. Intergritas jaringan & kulit 1) Suhu kulit dipertahanka pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 2) Integritas kulit dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 3) Lesi pada kulit ditingkatkan ke skala 3 ditingkatkan ke skala 4	1) Lengkapi Pengkajian sesuai nutrisi, sesuai kebutuhan 2) Monitor intake makaan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan 3) Monitor instruksi diet yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (pasien) perhari, sesuai kebutuhan 4) Monitor tanda – tanda vital c. Perlindungan infeksi 1) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sitematik dan lokal 2) Monitor kerentanaan terhadap infeksi 3) Monitor hitung mutlak granolosit, wbc, dan hasil – hasil diferensial 4) Tingkatkan asupan nutrisi yang

			• Skala 1 : sangat terganggu • Skala 2 : banyak terganggu • Skala 3 : cukup terganggu • Skala 4 : sedikit terganggu • Skala 5 : tidak terganggu	cukup 5) Monitor tanda – tanda vital

E. Implementasi Keperawatan

Nama / umur : Tn “D” / 58 tahun

Unit / kamar : St. Bernadeth III / 357[2]

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
20/02/2020	I	07:30	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 7 (skala berat) T : nyeri yang dirasakan hilang timbul 7-10 menit	Ello
	III	07:40	mengangkat balutan dan plester perekat Hasil: - Basahi balutan dengan cairan nacl 0,09% - Buka secara perlahan plester - Angkat secara perlahan balutan luka	Ello
	III	08:00	Monitor karakteristik luka, termaksuk drainase, warna ukuran, dan bau Hasil : Tampak terpasang drainase berwarna merah kecoklatan sebanyak 30cc, tampak terpasang kateter urine sebanyak 300cc.	Ello
	III	08:10	Mengganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase Hasil : balutan berwarna merah dan jumlah drainase 50 cc	Ello
	II	08:10	Memonitor diet dan asupan kalori Hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus	Ello

			sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 50cc.	
	I	08:30	mengecek adanya riwayat alergi obat Hasil : - Skintes Ceftriaxone - Desinfektan daerah yang akan di suntik - Suntikkan antibiotic pada area yang telah di desinfektan - Masukkan obat sampai timbul gelembung - Lakukan penandaan pada area yang akan disuntik menggunakan pulpen dengan diameter 2,5 (1 inchi) - Penilaian dilakukan 15-20 menit sampai setelah penyuntikan Hasil : tidak terdapat alergi	Ello
	II	09:00	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Ello
	I	09:230	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp - Sentagesic 1amp	Ello
	I	10:00	mengevaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik iindividu atau keluarga atau nyeri yang disebadisability/ketidaknyamanan/kecatatan, dengan tepat Hasil : pasien mengatakan sebelum menderita penyakitnya, pasien belum pernah merasakan nyeri	Ello
	I,II,III	10.10	Mengukur tanda – tanda vital TD : 130/80 mmHg N : 86x/ Menit S : 36^0C P : 20x/ Menit	Ello

	II	10.15	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Ello
	III	11.30	mengidentifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir – akhir ini hasil : tampak pasien menghabisan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi	Ello
	III	11.50	Monitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan Hasil : ½ porsi bubur saring dalam sehari Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari.	Ello
	II	12:15	Memonitor diet dan asupan kalori Hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 800cc.	Ello
	II	13.00	Memonitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari.	Ello
	III	13:40	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : pemberian bubur saring	Ello
	I	14:00	Memilih analgesic atau kombinasi analgesic yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan Hasil : Santagesik 1 amp	Ello

	II	14:40	Melakukan evaluasi (kemampuan) menelan (misalnya fungsi, motoric wajah, mulut, otot -- otot lidah : reflek menelan: dan reflek gigi Hasil : tampak pasien mampu mengunyah	Marsel
	I	15.00	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris -irisl R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 7 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	Marsel
	II	15.15	Mengidentifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir – akhir ini Hasil : tampak pasien menghabisan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi	Marsel
	I, II,III	16:00	Mengukur tanda – tanda vital TD : 120/90 mmHg N : 86x/ Menit S : 36,5^{0}C P : 20x/Menit	Marsel
	III	16:45	Memonitor hitung mutlak granolosit, wbc, dan hasil – hasil diferensial Hasil : WBC 10.71(10^3/ul)	Marsel
	I	16:50	Melakukan pemberian obat Hasil : - ranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp	Marsel
	I	17:00	Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien Hasil : tampak pasien diberikan obat sentagesik 1amp	Marsel

	III	17:45	Melakukan pemberian posisi miring kiri, miring kanan Hasil : hasil pasien miring kiri	Marsel
	II	18:00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : status gizi sudah terpenuhi, pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Marsel
	II	18:40	Monitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan Hasil : ½ porsi bubur saring dalam sehari Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 1300cc.	Marsel
	III	18:50	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 7 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	Marsel
	I	19.00	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Marsel
	I	19:24	Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi sitematik dasn lokal Hasil: tampak tidak terdapat infeksi	Marsel
	II	20:00	Memonitor instruksi diet yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (pasien) perhari, sesuai kebutuhan Hasil : tampak pasien mematuhi diet yang ditetapkan	Marsel

	I,II, III	21:00	Mengukur tanda – tanda vital TD : 130/90 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit	Marsel
	I	21: 22	Melakukan pemberian obat Hasil : ranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp - Sentagesic 1amp	Perawat ruangan
	III	22:00	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Perawat ruangan
21/02/2020	I, II, III	06:00	Mengukur tanda – tanda vital TD : 140/90 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit	Marsel
	II	06:20	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-irisl R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	Marsel
	II	07:00	Memonitor diet dan asupan kalori Hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 500CC	Marshel

	I	07:30	mengangkat balutan dan plester perekat Hasil: - Basahi balutan dengan cairan nacl 0,09% - Buka secara perlahan plester - Angkat secara perlahan balutan luka	Marsel
	III	08:00	Monitor karakteristik luka, termaksuk drainase, warna ukuran, dan bau Hasil : Tampak terpasang drainase berwarna merah kecoklatan sebanyak 20cc, tampak terpasang kateter urine sebanyak 50cc.	Marshel
	III	08:20	Mengganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase Hasil : balutan berwarna merah	Marshel
	II	09:00	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Marshel
	I	09:45	mengevaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik iindividu atau keluarga atau nyeri yang disebadisability/ketidaknyamanan/kecatatan, dengan tepat Hasil : pasien mengatakan sebelum menderita penyakitnya, pasien belum pernah merasakan nyeri	Marsel
	I,II.III	10:00	Mengukur TTV : TD : 130/80 mmHg N : 84x/ Menit S : 36,5^{0}C P : 20x/Menit	Marsel
	I	10:20	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak	Marsel

			Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	
	I	10:30	Melakukan pemberian obat Hasil ranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp - Sentagesic 1amp	Marsel
	II	11:00	Memonitor diet dan asupan kalori Hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 300cc.	Marshel
	III	11:30	mengidentifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir – akhir ini hasil : tampak pasien menghabisan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi	Marsel
	III	12:00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : pemberian bubur saring	Marshel
	II	12:30	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Marsel
	I	13:00	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi	Marshel

			dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	
	II	13:30	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Marsel
	II	14:00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : status gizi sudah terpenuhi, pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Marsel
	I	14:20	Monitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan Hasil : ½ porsi bubur saring dalam sehari Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 400cc.	Marshel
	II	15:00	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Marsel
	II	15:30	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Marsel
	I,II,III	16:00	Mengukur tanda – tanda vital TD : 140/80 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit	Marsel
	I	16:20	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak	Marsel

			Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	
	I	16:30	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp - Sentagesic 1amp	Marshel
	II	17:00	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Marshel
	I	17:20	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : status gizi sudah terpenuhi, pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Marshel
	II	18:00	Memonitor diet dan asupan kalori Hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 800cc.	Marshel
	II	18:20	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Ello
	II	19:20	Monitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan Hasil : ½ porsi bubur saring dalam sehari Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari.	Ello

	II	19:26	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Ello
	II	19:30	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : status gizi sudah terpenuhi, pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Ello
	I	19:45	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	Ello
	I	20:00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Rranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp - Sentagesic 1amp	Ello
	II	20:10	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Ello
	II	20:20	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : status gizi sudah terpenuhi, pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Ello
	II	20:30	Monitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan Hasil : ½ porsi bubur saring dalam sehari Pasien mengatakan ia sering merasa haus	Ello

			sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 300cc.	
	II	20:45	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Ello
	I,II,III	21:00	Mengukur tanda – tanda vital TD : 130/80 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit	Ello
	III	22:00	Melakukan pemberian posisi miring kiri, miring kanan Hasil : hasil pasien miring kiri	Ello
22/02/2020	I,II,III	06:00	Mengukur tanda – tanda vital TD : 120/80 mmHg N : 84x/ Menit S : $36,5^0$C P : 20x/Menit	Ello
	I	06:30	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	Ello
	II	07:00	Memonitor diet dan asupan kalori Hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang	Ello

			kateter urine sebanyak 500cc.	
	II	07:30	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : tampak pasien diberikan bubur saring	Ello
	III	08:00	mengangkat balutan dan plester perekat Hasil: - Basahi balutan dengan cairan nacl 0,09% - Buka secara perlahan plester - Angkat secara perlahan balutan luka	Ello
	III	08:30	Monitor karakteristik luka, termaksuk drainase, warna ukuran, dan bau Hasil : Tampak terpasang drainase berwarna merah kecoklatan sebanyak 10cc, tampak terpasang kateter urine sebanyak 30cc.	Ello
	III	08:40	Mengganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase Hasil : balutan berwarna merah	Ello
	II	09:00	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Ello
	I	09:40	mengevaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik iindividu atau keluarga atau nyeri yang disebadisability/ketidaknyamanan/kecatatan, dengan tepat Hasil : pasien mengatakan sebelum menderita penyakitnya, pasien belum pernah merasakan nyeri	Ello
	I,II,III	10:00	Memonitor TTV : TD : 130/90 mmHg N : 86x/ Menit S : 36,5^{0}C P : 20x/Menit	Ello

	I	10:30	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 4 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	Perawat ruangan
	I	11:00	Melakukan pemberian obat Hasil ranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp - Sentagesic 1amp	Marsel
	II	11:20	Memonitor diet dan asupan kalori Hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 300cc.	Marsel
	II	11:30	Mengidentifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir – akhir ini hasil : tampak pasien menghabisan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi	Marsel
	II	12:00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : pemberian bubur saring	Marsel
	II	12:30	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Marsel

	I	12:40	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 4 (skala 1-10), T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	Marsel
	II	13:00	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Marsel
	II	13:10	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : status gizi sudah terpenuhi, pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Marsel
	II	13:20	Monitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan Hasil : ½ porsi bubur saring dalam sehari Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 200cc.	Marsel
	III	14:00	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Marsel
	II	14:20	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Marshel
	I	15:00	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus	Marsel

			Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 4 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	
	III	15:30	Melakukan pemberian posisi miring kiri, miring kanan Hasil : hasil pasien miring kiri	Marsel
	I,II,III	16:00	Mengobservasi TTV : TD : 130/80 mmHg N : 82x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit	Marsel
	II	16:20	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Marsel
	II	16:30	mengidentifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir – akhir ini hasil : tampak pasien menghabisan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi	Marsel
	I	16:40	Melakukan pemberian obat Hasil ranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp - Sentagesic 1amp	Marsel
	II	17:00	Mengidentifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir – akhir ini hasil : tampak pasien menghabisan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi	Marsel
	III	17:20	Monitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan Hasil : ½ porsi bubur saring dalam sehari Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang	Marsel

			kateter urine sebanyak 300cc.	
	II	17:30	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : status gizi sudah terpenuhi, pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Marsel
	II	18:00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : pemberian bubur saring	Marsel
	II	18:20	mengidentifikasi perubahan berat badan terakhir hasil : berat badan sebelumnya 55kg turun dalam 3 bulan terakhir 49kg	Marsel
	III	19:00	Monitor intake makan/cairan dan hitung masukan kalori perhari, sesuai kebutuhan Hasil : ½ porsi bubur saring dalam sehari Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 250cc.	Marsel
	I	19:20	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak Q : pasien merasakan nyeri teriris-iris R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 3 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	Ello
	I	19:30	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ranitidine 1amp - Ceftriaxone 1amp - Sentagesic 1amp	Ello

	I	20:00	mengevaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik iindividu atau keluarga atau nyeri yang disebadisability/ketidaknyamanan/kecatatan, dengan tepat Hasil : pasien mengatakan sebelum menderita penyakitnya, pasien belum pernah merasakan nyeri	Ello
	I	20:22	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Ello
	I,II,III	21:00	Memonitor TTV : TD : 130/80 mmHg N : 82x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit	Ello
	II	21:20	Memonitor diet dan asupan kalori Hasil : ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. tampak terpasang kateter urine sebanyak 200cc.	Ello
	II	06:00	Memonitor adanya mual dan muntah Hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah	Ello
	I,II,III	06:20	Mengukur tanda – tanda vital TD : 120/80 mmHg N : 84x/ Menit S : $36,5^0$C P : 20x/Menit	Ello
	I	06:30	Melakukan pengkjian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasin, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan fakor pencitus Hasil : P : nyeri muncul jika pasien bergerak	Ello

			Q : pasien merasakan nyeri teriris-irisl R : nyeri yang dirasakan pada bekas operasi dan menjalar sampai ke anus S : skala nyeri 3 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul ± 5-10 menit.	
	II	07:00	Menentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi Hasil : pemberian bubur saring	Ello
	III	07:20	mengangkat balutan dan plester perekat Hasil: - Basahi balutan dengan cairan nacl 0,09% - Buka secara perlahan plester - Angkat secara perlahan balutan luka	
	III	07:30	Monitor karakteristik luka, termaksuk drainase, warna ukuran, dan bau Hasil : Tampak terpasang drainase berwarna merah kecoklatan sebanyak 10cc, tampak terpasang kateter urine sebanyak 30cc.	Ello
	III	07:40	Mengganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase Hasil : balutan berwarna merah	Ello
	II	08:00	Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi sitematik dasn lokal Hasil: tampak tidak infeksi	Ello

F. Evaluasi

Nama / umur :Tn. “D” / 58 tahun

Unti / kamar : St. Bernadeth III / 537[2]

Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Nama perawat
20/02/2020	I	Nyeri akut b/d agens cidera fisik S : - Pasien mengatakan nyeri muncul jika pasien bergerak, - Pasien mengatakan nyeri pada perut kiri bawah seperti teriris-iris. - Pasien mengatakan saat BAB disertai wana BAB hitam kecoklatan, - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menjalar sampai ke anus, - Pasien mengatakan skala nyeri 7 (skala 1-10), - pasien mengatakan merasakan nyerinya hilang timbul ± 5-10 menit. O: - Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur - Tampak pasien meringis - Tanda – tanda vital : TD : 130/90 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit A: - Tingkat kecemasan dapat dipertahankan namun belum dapat ditingkatkan - Manajemen nyeri dapat dipertahankan namun belum dapat ditingkatkan - Status kenyamanan dapat dipertahankan P : Lanjutkan intervensi : - Pemberian analesik - Manajemen nyeri	Marsel, Ello

	II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d gangguan mencerna makanan S: - Pasien mengatakan kurang nafsu makan saat di rumah sakit. - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. - Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. - Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 55 kg menjadi 49 kg. O : - Tampak pasien menghabiskan ¼ dari 1 porsi yang disediakan. - Tampak urine berwarna kuning cerah - Tampak urine 700cc - Tanda – tanda vital : TD : 130/90 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit A: - Intervensi status nutrisi dapat di pertahankan pada skala 3 cukup terganggu, namun belum dapat ditingkatkan P: Lanjutkan intervensi : - Monitor nutrisi - Pengurangan kecemasan - Manajemen nutrisi	
	III	Kerusakan integritas jaringan b/d procedural bedah S: - Pasien mengatakan memiliki luka pada perut kiri bawah. - Pasien mengatakan luka pada perut kiri bawahnya kadang terasa gatal.	

		O : - Tampak luka bekas operasi pada perut kiri bawah pasien. - Tampak kemerahan pada bekas luka pasien. - Tampak jahitan luka bekas operasi pasien - Tanda – tanda vital : TD : 130/90 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit A : - Integritas jaringan : kulit & Membran mukosa dapat dipertahankan dan belum dapat ditingkatkan - Manajemen infeksi dapat dipertahankan, namun belum dapat di tingkatkan P : Lanjutkan intervensi : - Perawatan luka - Terapi nutrisi - Perlindungan infeksi	
21/02/2020	I	Nyeri akut b/d agens cidera fisik S : - Pasien mengatakan nyeri muncul jika pasien bergerak, - Pasien mengatakan nyeri pada perut kiri seperti teriris-iris. - Pasien mengatakan saat BAB disertai wana BAB hitam kecoklatan, - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menjalar sampai ke anus, - Pasien mengatakan skala nyeri 6 (skala 1-10), - Pasien mengatakan merasa nyerinya hilang timbul ± 5-10 menit. O: - Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur	Marsel, Ello

		- Tanda – tanda vital TD : 130/80 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit A: - Tingkat kecemasan dapat dipertahankan namun belum dapat ditingkatkan - Manajemen nyeri dapat dipertahankan namun belum dapat ditingkatkan - Status kenyamanan dapat dipertahankan P : Lanjutkan intervensi : - Pemberian analesik - Manajemen nyeri - Peningkatan tidur	
	II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d gangguan mencerna makanan S: - Pasien mengatakan kurang nafsu makan saat di rumah sakit. - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan. - Keluarga pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari. - Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. - Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 55 kg menjadi 49 kg. O : - Pasien tampak menghabiskan ¼ dari 1 porsi yang disediakan. - Tanda – tanda vital TD : 130/80 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit	

		A: - Intervensi status nutrisi dapat di pertahankan pada skala 3 cukup terganggu, namun belum dapat ditingkatkan P: Lanjutkan intervensi : - Monitor nutrisi - Pengurangan kecemasan - Manajemen nutrisi	
	III	Kerusakan integritas jaringan b/d procedural bedah S: - Pasien mengatakan memiliki luka pada perut kiri bawah. - Pasien mengatakan luka pada perut kiri bawahnya kadang terasa gatal. O : - Tampak luka bekas operasi pada perut kiri bawah pasien. - Tampak kemerahan pada bekas luka pasien. - Tampak jahitan luka bekas operasi pasien - Tanda – tanda vital TD : 130/80 mmHg N : 80x/ Menit S : 36^0C P : 20x/Menit A : - Integritas jaringan : kulit & Membran mukosa dapat dipertahankan dan belum dapat ditingkatkan - Manajemen infeksi dapat dipertahankan, namun belum dapat di tingkatkan P : Lanjutkan intervensi : - Perawatan luka - Terapi nutrisi - Perlindungan infeksi	

22/023/2020	I	Nyeri akut b/d agens cidera fisik S : - Pasien mengatakan nyeri muncul jika pasien bergerak, - Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris - Pasien mengatakan saat BAB disertai wana BAB hitam kecoklatan, - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menjalar sampai ke anus, - Pasien mengatakan skala nyeri 3 (skala 1-10), - Pasien mengatakan merasa nyerinya hilang timbul ± 5-10 menit. O: - Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur - Tanda – tanda vital TD : 120/80 mmHg N : 84x/ Menit S : 36,5^{0}C P : 20x/Menit A: - Tingkat kecemasan dapat dipertahankan namun belum dapat ditingkatkan - Manajemen nyeri dapat dipertahankan namun belum dapat ditingkatkan - Status kenyamanan dapat dipertahankan P : Lanjutkan intervensi : - Pemberian analesik - Manajemen nyeri - Peningkatan tidur	Marsel, Ello
	II	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d gangguan mencerna makanan S: - Pasien mengatakan kurang nafsu makan saat di rumah sakit. - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan	

		- Pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari. - Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari. - Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 55 kg menjadi 49 kg. O : - Pasien tampak menghabiskan ¼ dari 1 porsi yang disediakan. - Tanda – tanda vital TD : 120/80 mmHg N : 84x/ Menit S : 36,5^{0}C P : 20x/Menit A: - Intervensi status nutrisi dapat di pertahankan pada skala 3 cukup terganggu, namun belum dapat ditingkatkan P: Lanjutkan intervensi : - Monitor nutrisi - Pengurangan kecemasan - Manajemen nutrisi	
	III	Kerusakan integritas jaringan b/d procedural bedah S: - Pasien mengatakan memiliki luka pada perut kiri bawah. - Pasien mengatakan luka pada perut kiri bawahnya kadang terasa gatal. O : - Tampak luka bekas operasi pada perut kiri bawah pasien. - Tampak kemerahan pada bekas luka pasien. - Tampak jahitan luka bekas operasi pasien - Tanda – tanda vital TD : 120/80 mmHg N : 84x/ Menit S : 36,5^{0}C P : 20x/Menit	

		A : - Integritas jaringan : kulit & Membran mukosa dapat dipertahankan dan belum dapat ditingkatkan - Manajemen infeksi dapat dipertahankan, namun belum dapat di tingkatkan P : Lanjutkan intervensi : - Perawatan luka - Terapi nutrisi - Perlindungan infeksi	

DAFTAR NAMA OBAT

1. Ceftriaxone
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis untuk pasien : 1 gr / 8 jam / iv
   c. Cara pemberian obat : IV
   d. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Ceftriaxone adalah obat yang digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri pada tubuh.
   e. Alasan pemberian pada pasien

      Obat ini digunakan untuk mencegah infeksi pada luka operasi.
   f. Kontra indikasi
      1) Kontraindikasi pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan sefalosporin lainnya.
      2) Penggunaan harus hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi penicillin karena bisa terjadi reaksi silang.
   h. Efek samping obat
      1) Nyeri tenggorokan
      2) Nyeri perut
      3) Mual
      4) Muntah
      5) Diare
      6) Feses menjadi hitam
      7) Napas pendek
      8) Perdarahan atau memar yang terjadi spontan
      9) Kelelahan atau merasa lemas
      10) Sariawan

2. Ranitidine
    a. Klasifikasi/golongan obat : Anti Histamine H 2
    b. Dosis untuk pasien : 25 mg / 12 jam / iv
    c. Cara pemberian : iv
    d. Mekanisme kerja dan fungsi obat

       Ranitidine adalah obat yang digunakan untuk menangani gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam berlebihan dalam lambung. Produksi asam lambung yang berlebihan dapat memicu iritasi dan peradangan pada dinding lambung dan saluran pencernaan
    e. Indikasi

       Ranitidine akan menghambat sekresi asam lambung berlebihan.
    f. Kontraindikasi

       Bila terdapat riwayat porfiria akut dan hipersensitivitas terhadap ranitidin
    g. Efek samping

       1) Mual dan muntah
       2) Sakit kepala
       3) Insomnia
       4) Konstipasi
       5) Ruam
       6) Diare
       7) Vertigo

       - Efek lebih serius

       1) Nyeri perut
       2) Tidak nafsu makan
       3) Urine tampak keruh
       4) Kulit mudah memar atau terluka
       5) Detak jantung meningkat atau menurun
       6) Rambut rontok
       7) Kebingungan
       8) Halusinasi
       9) Penyakit kuning

3. santagesik
    a. Klasifikasi/golongan obat : Anti inflamasi non steroid (OAINS)
    b. Dosis untuk pasien : 1 gr / 12 jam / iv
    c. Cara pemberian : iv
    d. Mekanisme kerja dan fungsi obat

       Santagesik digunakan untuk mengobati nyeri akut, kronik dan demam
    e. Indikasi

       Santagesik digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi dan nyeri pasca cedera
    f. Kontraindikasi

       Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat santagesik
    g. Efek samping
        1) Pusing
        2) Sakit kepala
        3) Mual
        4) Muntah
        5) Sakit maag
        6) Diare
        7) Animea
        8) Menurunnya jumlah sel darah putih
        9) hipotensi

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kasus nyata dari pelaksanaan keperawatan pada pasien Tn.”D” berumur 58 tahun dengan *Post Op Ca Colon* yang dirawat di ruang St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama 3 hari, yaitu dari tanggal 20-22 Februari 2020.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal yang penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Post Op Ca Colon*. penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien Tn “D”.

Pada saat pengkajian tanggal 20 februari 2020, pasien mengatakan badan terasa lemas, Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah menderita penyakit kronis, sehingga saat pertama pasien mengeluh nyeri perut kiri bawah dan saat pasien BAB ia mengeluh feses bercampur darah berwarna merah segar, sehingga pasien memutuskan periksa ke rumah sakit Stella Maris pada tanggal 18 februari 2020 dan dokter menyarankan untuk rawat inap, sehingga pasien dirawat di ruang St. Bernadeth III dan diberikan cairan RL 500cc 20tetes/menit.Keluarga pasien mengatakan Saat pasien telah di ruangan, kemudian dilakukan pemeriksaan laboratorium dan USG abdomen dengan hasil Hemoglobin 11,9 (g/dl), Hematokrit 36,6 (%), LYMP 16,7 % dan hasil USG abdomen adalah massa solid area colon desendens.

Berdasarkan tinjauan *teoritis* pada Tn “D” dengan indikasi *Ca Colon*. Alasan masuk : pasien merasakan nyeri pada abdomen sebelah kiri bawah, biasanya menganggu aktivitas pasien, biasanya

disertai dengan mual dan muntah, mengalami perubahan pola BAB, biasanya pasien mengalami diare dengan disertai keluarnya darah. Sedangkan di kasus penulis mendapatkan alasan masuk : pasien masuk pada tanggal 18 februari 2020 dengan keluhan pasien nyeri di perut kanan bawah dan sulit BAB. Pasien mengatakan sebelum ke rumah sakit ia BAB darah berwarna hitam kecokelatan.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis terdapat 5 diagnosa yang dapat di angkat, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan diet yang kurang
3. Kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kerusakan lapisan kulit/jaringan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik
5. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan

Pada kasus yang di angkat oleh penulis, ditemukan 3 diagnosa prioritas yang di ambil dari data hasil pengkajian yaitu :

1. Penulis mengangkat diagnosa pertama, Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik (pembedahan), pada saat pengkajian luka operasi hari pertama, luka jahit 10 cm, pasien mengatakan mengeluh nyeri perut kiri bawah, pasien mengatakan nyeri menjalar sampai ke anus. pasien mengataakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan durasi nyeri 5-10 menit. pasien mengatakan skala nyeri 7 (skala 1-10). tampak pasien meringis, tampak luka post-op pada kuadran kiri bawah. tanda vital : TD : 130/80mmhg, N : 86x/menit, S : 36^{o}C, P : 20x/menit
2. Diagnosa kedua, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, data yang didapatkan dari pasien adalah :

pasien mengatakan kurang nafsu makan saat di rumah sakit, pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ½ porsi bubur saring dalam 1 porsi makanan, tampak sisa bubur saring pasien ½ piring, IMT : 18,4 kg/m^2 (Berat badan kurang), tanda vital : TD : 130/80 mmHg, N : 86 ×/menit, S : 36^0C, P : 20 ×/ menit.

3. Diagnosa ketiga, kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah, data yang didapat dari pasien adalah : pasien mengatakan memiliki luka pada perut kiri bawah. pasien mengatakan luka pada perut kiri bawahnya kadang terasa gatal. tampak luka bekas operasi pada perut kiri bawah pasien, tampak kemerahan pada bekas luka pasien, tampak jahitan luka bekas operasi pasien, tanda vital : TD : 130/80 mmHg, N : 86 ×/menit, S : 36^0C, P : 20 ×/ menit.

C. Intervensi

Setelah masalah keperawatan ditemukan, penulis menyusun perencanaan keperawatan.. pada pengamatan kasus sesuai diagnosa keperawatan,

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik (pembedahan), inervensi secara teoritis sama dengan yang dibuat peneliti pada Kasus Tn “D” antara lain : pemberian analgesic, manajemen nyeri,
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, inervensi secara teoritis sama dengan yang dibuat peneliti pada Kasus Tn “D” antara lain : monitor nutrisi, Pengurangan kecemasan, Manajemen nutrisi.
3. kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah, inervensi secara teoritis sama dengan yang dibuat peneliti pada Kasus Tn “D” antara lain : Perawatan luka, Terapi nutrisi, Perlindungan infeksi.

D. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat terlebih dahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Implementasi dilakukan selama selama 3 hari berturut-turut dan disesuaikan dengan kemampuan, situasi, kondisi, sarana yang ada diruang perawatan, dan kerja sama serta partisipasi yang baik dari pasien , keluarga, teman dinas, perawat ruangan dan dokter. Walapun dengan berbagai keterbatasan, penulis selalu mengupayakan agar semua bisa dilaksanakan dengan baik. Pada kasus ini semua dilaksanakan berdasarkan rencana keperawatan dan tidak terdapat kesenjangan berdasarkan tindakan yang dilakukan pada kasus dan secara teori yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik (pembedahan), implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis sesuai pada intervensi yang di angkat.
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis sesuai pada intervensi yang di angkat.
3. kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah, implementasi keperawatan yang dilakukan oleh sesuai pada intervensi yang di angkat.

E. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan dilkukan setelah 3 hari perawatan yaitu sejak tanggal 20 – 22 februari 2020.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik (pembedahan), masalah nyeri pasien belum teratasi, pasien

masih merasakan nyeri yang hilang timbul pada bekas operasinya, akan tetapi skala nyeri telah berkurang menjadi skala 3

2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, masalah nutrisi pasien belum teratasi, pasien masih diberikan bubur saring dan pasien belum terbiasa memakan bubur saring sampai habis.
3. kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah, masalah pada luka post op juga belum dapat teratasi karena masih perlu dilakukan tindakan ganti verban secara rutin dan tampak luka masih basah.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn “D” dengan Post Ca Colon dapat disimpulkan bahwa ca colon merupakan keganasana yang berasal dari jaringan usus besar yang perlu tindakan lanjut dari dokter dan tim medis lainya, Maka dari itu penulis melakukan asuhan keperawatan kepada pasien Tn “D” yaitu dari hasil:

1. Pengkajian

   Pasien mengatakan nyeri pada bagian operasi laparatomi, pasien juga tidak nafsu makan, pasien mengatakan susah bergerak, berat badan pasien turun 58 kg-48kg pada saat sakit, , pasien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya yang sekarang, pasien merasakan cemas dengan kondisinya sekarang, skala nyeri pasien 7

2. Diagnosa

   Pada diagnosa asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca Colon di ruang rawat inap St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2020 dapat dirumuskan 3 diagnosa pada tinjauan kasus :

   a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik (pembedaha)
   b. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketiadak mampuan mencerna makanan.
   c. Kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kerusakan lapisan kulit/jaringan.

3. Intervensi

   Intervensi yang dilakukan kepada pasien berdasarkan pada prioritas masalah yang ditemukan. Perencanaan keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan teori karena teori yang di angkat sesuai dengan keadaan, kebutuhan dan keluhan pasien.

4. Implementasi

   Implementasi yang dilakukan kepada pasien berdasarkan kebutuhan pasien, pada kasus yang di dapatkan oleh penulis semua intervensi yang di angkat telah di impementasikan karena sesuai dengan kebutuhan pasien.

5. Evaluasi

   hampir semua mencapai perkembangan, meski pencapaian belum optimal karena intervensi dan implementasi hanya dilakukan selama 3 hari dan dilanjutkan oleh perawat ruangan agar dapat mencapai hasil yang diharapkan.

B. Saran

1. Bagi penulis

   Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan Post-Op Ca Colon dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program studi DIII keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai masukan bagi institusi pendidikan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus tentang asuhan keperawatan ca colon dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebagai informasi awal.

3. Bagi Institusi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan, perawat yang ada dirumah sakit untuk mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan pasien dengan Ca colon.

DAFTAR PUSTAKA

American Cancer Society, (2015). *Cancer facts and figures* . http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures214/index. (diakses 22 maret 2020).

Black, M. J. & Hawks, H .J., (2015). *Medical surgical nursing : clinical management for continuity of care*. https://www.semanticscholar.org. Diakses tanggal 28 maret 2020.

Depkes RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas Tahun 2018. www.depkes.go.id>info-terkini>hasil-riskesdas-2018. Diakses tanggal 11 Mei 2020.

Fuadiyah N.K., Leny B.H., A. Dian .A., Shinta O.W., Susanto N. (2017) Buku Ajar : Gizi Dan Kanker. Malang. UB Media.

James FR., Wootton S, Jacson A, Wiseman M, Copson E. R., Cuttres R. (2015). Obesity In Breast Cancer – What Is The Risk Factor? *European Journal Of Cancer*. *https://ejcancer.com* Diakses tangal 28 maret 2020.

https://www.alodokter.com/ceftriaxone *ceftriaxone kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 9 Maret 2020.

https://www.alodokter.com/ranitidine *ranitidine kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 9 Maret 2020.

https://www.alodokter.com/santagesik *santagesik kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 9 Maret 2020.

Kemenkes RI. (2018). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2018.* http://www.depkes.go.id/article/print/18030700007/cegah-dan-kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh.html, diakses tanggal 10 Maret 2020

Medical Record Rumah Sakit Stella Maris Makassar. 2016, 2017, 2018. *Statistik Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK).* Makassar : Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Nanda-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifiasi (2018). Nanda-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifiasi, Edisi ke – 11. Jakarta. EGC.

Nursing Interventions Classification (NIC). (2016). *Nursing Interventions Classification.* Edisi ke – 6, Bahasa Indonesia. Philadelphia. Elsevier

Nursing Outcomes Classification (NOC). (2016). *Nursing Outcomes Classification.* Edisi ke – 5, Bahasa Indonesia. Philadelphia. Elsevier

WHO. (2018). *Prevalensi Penyakit kanker kolonrektal.* http://www.litbang.depkes.gp.id.pdf**.** Diakses tanggal 10 Maret 2019