

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN
KANKER KOLOREKTAL DI RUANG
BAITUSSALAM 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Nisriinaa Zulfaa Zaakiyah

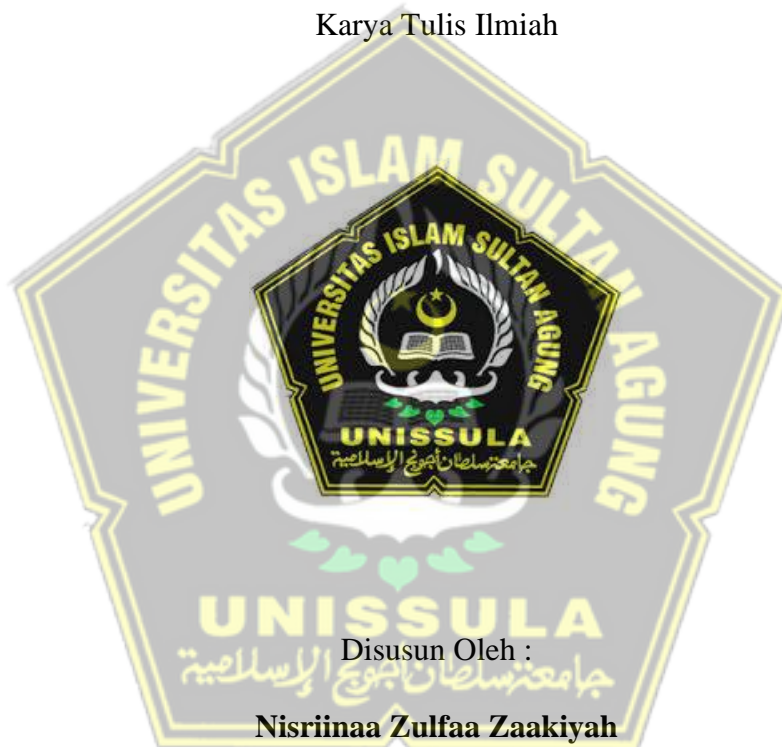
40901800073

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2020/2021**

HALAMAN JUDUL

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E
DENGAN KANKER KOLOREKTAL DI RUANG
BAITUSSALAM 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



40901800073

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2020/2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 02 Juni 2021



(MISRIIMAA ZULFAA)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN E DENGAN *KANKER KOLOREKTAL* DI RUANG BAITUS SALAM 1 DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

NAMA: Nisriinaa Zulfaa Zaakiyah

NIM: 40901800073

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 02 Juni 2021

Pembimbing

(Ns., Ahmad Ikhlasul Amal, MAN)

NIDN : 06-0510-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari - Tanggal 2021 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 02 juni 2021

Penguji I

Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504



Penguji II

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep
NIDN. 06-2708-8403



Penguji III

Ns., Ahmad Ikhlasul Amal, MAN
NIDN. 06-0510-8901



Mengetahui,

Dekan fakultas ilmu keperawatan



Iwan Ardiansyah, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403



MOTTO

Who you are tomorrow, begins with what you do today.

Be grateful, be kind !!

Siapa kamu besok, dimulai dengan apa yang kamu lakukan hari ini.

Bersyukurlah, bersikap baiklah !!



HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Sembah sujud serta rasa syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberi kekuatan, membekaliku dengan ilmu yang bermanfaat. Atas karunia-Mu serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW.

Saya persembahkan Karya Tulis Ilmiah ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Ayahanda dan Ibunda Tercinta

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tak terhingga kupersembahkan karya tulis ilmiah ini kepada Ayah saya (H.Muhidin) dan ibu saya (Hj.Imas Maskunah) yang telah memberikan kasih sayang, secara dukungan baik moril maupun materi, ridho dan cinta kasih yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ayah dan ibu bahagia, karena ku sadar selama ini belum bisa berbuat lebih untuk menjadi yang lebih baik. Terima kasih Ayah.. Terima kasih ibu.

Teman dan sahabatku

Terima kasih untuk teman maupun sahabatku yang sudah memberikan dukungan serta memberikan waktu luang untuk kesempatan bertemu dan bertukar cerita. Semoga apa yang di cita-citaku kita semua dapat terwujud semua dan menjadi orang yang sukses dunia dan akhirat.

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Alhamdulillahirobbil'alamiin, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. E dengan Kanker Kolorektal di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang".

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

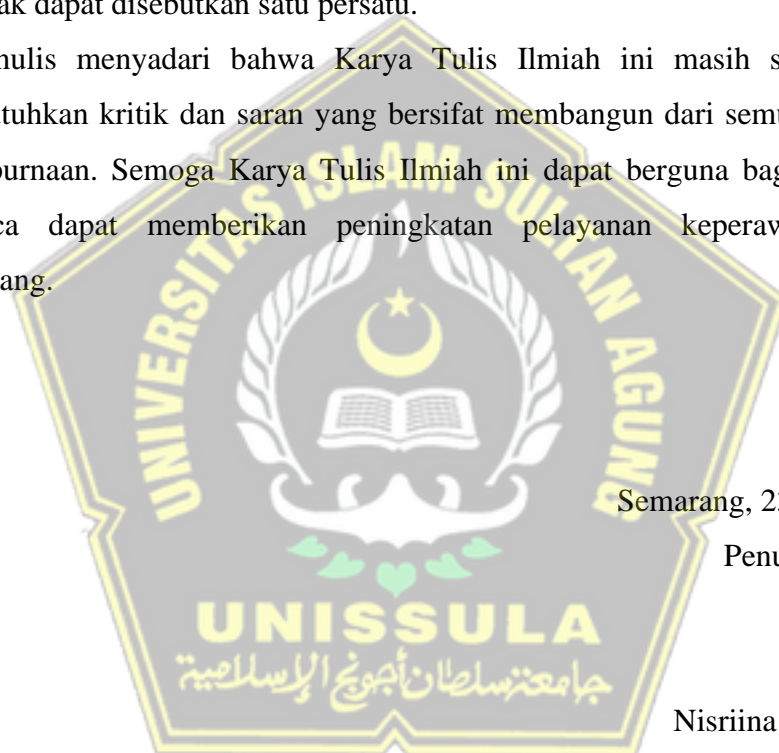
Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, namun semuanya dapat selesai berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, M.T., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep. selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
5. Bapak Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S. Kep., MAN selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan

ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Ayahku (H.Muhidin) tetap beribadah dan memberikan semangat, dukungan baik moril dan materi yang diberikan untuk menyelesaikan pendidikan.
9. Kakakku (Zicky) selalu memberikan support dan doa.
10. Teman dekatku Andhika Satria Prima, Elis kholisoh dan teman sekelompok karya tulis ilmiah yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan dan selalu mendoakan satu sama lain.
11. Teman-teman seperjuanganku DIII Keperawatan 2018 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.



Semarang, 23 Mei 2021

Penulis

Nisriina Zulfaa

Daftar Isi

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	3
C. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
D. Manfaat Penulisan.....	4
1. Bagi Institusi Pendidikan	4
2. Bagi Lahan Praktik.....	4
3. Bagi Masyarakat.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Konsep Dasar Penyakit.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi.....	6
4. Manifestasi klinis.....	7
5. Pemeriksaan diagnostik	8
6. Penatalaksanaan medis	8
7. Komplikasi	8
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	15
1. Pengkajian.....	15
2. Analisa Data.....	20
3. Diagnosis Keperawatan	21
4. Intervensi Keperawatan	21
5. Implementasi Keperawatan.....	21
6. Evaluasi Keperawatan.....	22
BAB IV PEMBAHASAN.....	24

A. Pengkajian.....	24
B. Diagnosis Keperawatan.....	25
C. Implementasi Keperawatan.....	28
D. Evaluasi Keperawatan.....	29
BAB V PENUTUP.....	30
A. Kesimpulan.....	30
B. Saran.....	31



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker adalah sebuah penyakit yang timbul dan disebabkan oleh pertumbuhan sel yang tidak normal. Pada bagian tertentu yang ada di tubuh manusia. Kanker pada umumnya terjadi karena adanya perubahan yang terjadi pada sel di organ tertentu yang dipicu baik dari eksternal tubuh manusia ataupun internal tubuh manusia. Sel akan mengalami mutasi genetik yang tidak seimbang sehingga menimbulkan pertumbuhan sel yang tidak dapat terkendali. Hal ini akan menyebabkan gangguan pada tumbuh pasien yang mengidap penyakit kanker. Mutasi dari sel mengalami akumulasi mutasi somatis, tersebut menyebabkan kerusakan pada jaringan yang ada pada organ tersebut. Kanker merupakan sebuah penyakit yang tidak mudah disembuhkan. Karena terjadinya reaksi dari mutasi yang sulit di tebak. Serta reaksi terjadinya kanker membutuhkan waktu yang cukup lama. Antara 7-10 tahun (Barata et al., 2018). Salah satu kanker yang belum di temukan penyebabnya dan membuat pasien pengidapnya sulit untuk melakukan aktivitas secara normal adalah kanker usus (kolorektal).

Kanker kolorektal sering ditemukan setelah gejala penyakit muncul, tapi kebanyakan orang gejala penyakitnya tidak muncul. Inilah sebabnya mengapa penting untuk dilakukan skrining. Tes skrining sangat berguna untuk mengetahui kanker kolorektal secara dini sehingga bisa diberikan penanganan yang cepat dan tepat. (Barata et al., 2018). Merujuk dari pernyataan yang telah disebutkan kanker kolorektal tidak memiliki gejala yang pasti dan sulit di deteksi secara dini. Banyak penelitian yang membuktikan bahwa kanker yang menyerang pada usus besar manusia ini, lebih sering menyerang atau diderita oleh pasien berusia >40. Hal tersebut semakin menyulitkan dalam penanganan dan proses pemeriksaan karena usia yang rentan dan kondisi kanker yang lebih sering di temukan pada masa kritis. Usus besar merupakan bagian terakhir dari sistem pencernaan, yang terdiri dari usus besar dan rektum. Kadang-kadang, terjadi pertumbuhan sel yang tidak normal di dinding usus, polip, bisul atau massa jaringan lainnya.

Sebagian besar dari pertumbuhan sel yang tidak normal ini bersifat jinak, namun ada beberapa polip yang bisa berkembang menjadi tumor ganas dan menjadi kanker usus.(Patien, 2017)

Laporan hasil survei Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa prevalensi penyakit kanker berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan di Indonesia sebesar 4,3‰. Prevalensi menurut provinsi berkisar antara 1,5‰ di Maluku hingga 9,6‰ di DI Yogyakarta. Terdapat 11 provinsi yang mempunyai prevalensi tumor lebih tinggi dari angka nasional(DEWI, 2017). Pada penelitian ini mendapatkan keluhan utama yang terbanyak adalah buang air besar berdarah, yaitu sebanyak 18 pasien (28,12%). Hasil ini serupa dengan penelitian Al-Humadi,11 pada tahun 2008 di Iraq yang mendapatkan keluhan utama yang paling banyak dikeluhkan adalah buang air besar berdarah sebanyak 71,5% . Hasil ini ditunjang juga oleh penelitian Sander,12 di RSUP Hasan Sadikin Bandung pada tahun 2009, didapatkan keluhan utama yang terbanyak adalah buang air besar berdarah sebanyak 76 kasus (46,6%) dan penelitian Peedikayil et al,13 di Indian pada 2009, sebesar 155 kasus (70,45%) keluhan buang air besar berdarah.

Pada dasarnya kanker kolorektal adalah sebuah tumor yang tumbuh di dalam bagian dari sistem pencernaan. Ada dua bahaya utama jika kanker kolorektal tidak segera di tangani. Pertama, dalam sistem pencernaan usus besar berperan sabagi tempat pembusukan dan proses pencernaan akhir dari makanan sebelum kemudian di buang. Jika dalam proses pembusukan dan pencernaan ini tidak berjalan dengan baik maka yang terjadi adalah kegagalan dari sistem pencernaan dan lebih parahnya masuknya zat berbahaya kedalam tubuh dari hasil pembusukan sisa makan yang menyebabkan infeksi dan penyakit lainya(Masrul, 2018). Dua, proses perkembangan dari kanker kolorektal yang sangat cepat bukan hanya dapat mempengaruhi sistem kerja usus besar. Tapi perkembangan kanker ini dapat menyebar ke organi lainya sehingga dapat menimbulkan gangguan pada organ pencernaan yang lebih berbahaya.

Terdapat tiga peran pokok perawat dalam perawatan kanker kolorektal. Pertama, proses pemantauan asupan makan yang di terima oleh

pasien dalam hal ini mempertimbangan kondisi dan kebutuhan nutrisi dan gizi sebagai proses pengobatan. Dimana perawat akan melakukan pemantauan secara rutin kondisi baik fisik maupun mental keadaan pasien. Sehingga dokter dapat mengetahui kondisi pasien dalam kurun waktu tertentu. Dua, memberikan arahan dan saran kepada pasien terhadap pelayanan dan jalur pengobatan yang akan di ambil. Dimana perawat memberi tahukan apa saja yang seharusnya dan apa saja yang tidak boleh dilakukan oleh pasien. Tiga, memberikan dukung moral kepada pasien dan keluarga, serta memberikan motivasi yang bersifat peduli, sehingga menimbulkan semangat pada proses pengobatan kanker kolorektal.(Winanda, 2013)

Melihat kondisi Tn. E pada saat berada di ruang perawatan, beliau memiliki dua keluhan utama. Pertama, nyeri pada perut bagian kanan. Yang merupakan indikasi dari gejala kanker usus besar. Dua, Tn. E sering mengeluh susah buang air besar dan terkedangbuang air besar terdapat lendir atau darah. Dua keluhan tersebut merupakan ciri-ciri awal pasien yang terkena kanker kolorektal.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk mencoba mencari tahu tentang “Asuhan keperawatan pada pasien Tn.E dengan kanker usus di ruang baitu salam 1”

B. Rumusan masalah

Masalah yang dapat dirumuskan pada penulisan ini yaitu “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Kolorektal di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, Jawa Tengah?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu untuk mengetahui dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada Tn. E dengan kanker kolorektal

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep dasar atau penyakit kanker usus, meliputi definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan dan pathways.
- b. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, fokus intervensi.
- c. Menggambarkan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Tn. E mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi bahan tambahan wacana bagi mahasiswa dalam proses asuhan keperawatan medikal bedah khususnya Kanker Kolorektal. Serta untuk mengetahui kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn. E.

2. Bagi Lahan Praktik

Dapat digunakan sebagai masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan pada klien yang mengalami Kanker Kolorektal.

3. Bagi Masyarakat

Memberikan pengetahuan dan pemahaman bagi masyarakat tentang Kanker Kolorektal.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Kanker kolorektal adalah suatu tumor maligna yang muncul dari jaringan epitel dari kolon atau rektum. Kanker kolorektal ditujukan pada tumor ganas yang ditemukan di kolon dan rektum. Kolon dan rektum adalah bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga traktus gastrointestinal (Sayuti & Nouva, 2019).

Kanker kolorektal merupakan kanker yang ditemukan kolon atau rektum. Insidensi kanker kolorektal meningkat seiring peningkatan usia terutama setelah usia 45 tahun. Kanker ini termasuk dalam 10 kanker tersering baik pada tingkat insiden maupun mortalitas (Winanda, 2013)

Kanker kolorektal (KKR) adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan/atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus). Menurut *American Cancer Society*, kanker kolorektal (KKR) adalah kanker ketiga terbanyak dan merupakan kanker penyebab kematian ketiga terbanyak pada pria dan wanita. (Pratama & Adrianto, 2019)

2. Etiologi

Kanker kolorektal hingga saat ini masih belum diketahui. Penelitian saat ini menunjukkan bahwa faktor genetik memiliki korelasi terbesar untuk kanker kolorektal. Mutasi dari gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) adalah penyebab *Familial Adenomatous polyposis* (FAP), yang mempengaruhi individu membawa resiko hampir 100% mengembangkan kanker usus besar pada usia 40 tahun (Sayuti & Nouva, 2019)

Hampir semua partisipan mengungkapkan sebenarnya mereka merasakan gejala kanker relatif sudah lama, bahkan 8–10 tahun yang lalu (Rahayuwati et al., 2017), Jaringan abnormalitas sel pada kanker kolon terlihat dari beberapa ekspresi protein contohnya nitrotyrosine dan Nitric

Oxide Synthases (iNOS) yang menunjukkan bahwa terdapat inflamasi pada perkembangan sel kanker kolorektal. (Rizki et al., 2015)

Banyak faktor yang dapat memicu terjadinya kanker usus (kolokteral). Namun pada dasarnya faktor terjadinya kanker dapat terbagi atas tiga faktor utama. Satu, faktor genetika yang dapat terkait mutase sel yang ada di dalam tubuh pasien atau terkait dengan riwayat keturunan pasien. Kedua, berkaitan dengan rangsangan dari luar tubuh, rangsangan ini dapat berbentuk radiasi (bukan benda) ataupun terkait bahan kimia (benda). Ketiga, kebiasaan hidup, hal tersebut adalah faktor yang terkait individu/pasien itu sendiri yang mengacu pada pola dan kesadaran sehingga terjadi rangsangan dari luar tubuh dan/atau mutase geneti.

Faktor yang memiliki pengaruh dalam perkembangan kanker kolorektal yaitu interaksi dari faktor lingkungan serta faktor genetis. Kanker kolorektal terjadi karena abnormalitas sel yang diakibatkan oleh mutasi DNA. Sel yang termutasi akan membentuk klon dan berproliferasi secara tidak normal. (Rizki et al., 2015)

Rekurensi lokal setelah terapi dilaporkan mencapai 3-32% penderita. Beberapa faktor seperti letak tumor, penetrasi dinding usus, keterlibatan kelenjar limfa, perforasi rektum pada saat diseksi dan diferensiasi tumor diduga sebagai faktor yang mempengaruhi rekurensi lokal. 50% pasien biasa terjadinya rekurensi, baik lokal maupun di tempat yang lain, atau keduanya. (Pratama & Adrianto, 2019)

Riwayat penyakit hipertensi, diabetes, kolesterol, hati, asam urat, ginjal dan paru disangkal oleh pasien. Mengenai riwayat kebiasaan, pasien tidak merokok dan tidak mengonsumsi alkohol. Riwayat kebiasaan mengonsumsi makanan dengan jumlah serat yang rendah, pasien lebih suka makan daging dan ikan dalam jumlah yang banyak dibandingkan sayur dan buah-buahan. (Padang & Rotty, 2020).

3. Patofisiologi

Patofisiologi kanker kolorektal terjadi karena beberapa penyebab, seperti berubahnya sel-sel epitel kolon yang normal secara histopatologi melalui kejadian molekular. Penyebab lain yakni polip adenomatosa yang berkembang

menjadi kanker kolorektal karena proses karsinogenesis. Sebagian besar kanker kolorektal berasal dari adenokarsinoma (Winanda, 2013)

Benjolan dan nyeri sekitar anus dikeluhkan sebanyak tujuh pasien (10,94%). Benjolan sekitar anus bisa terjadi karena massa di rektum bertambah besar. Nyeri anus, pada awal defekasi dan setelahnya dapat timbul jika kanker rektal bawah menginvasi kanal anus (Winanda, 2013)

Kanker kolorektal terutama berjenis histopatologi (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel dalam usus = endotel). Munculnya kanker kolorektal biasanya dimulai sebagai polip jinak, yang kemudian dapat menjadi ganas dan menyusup, serta merusak jaringan normal dan meluas ke dalam struktur sekitarnya (Pajong, 2019)

4. Manifestasi klinis

- a. Kurang dari 70% dari asupan biasanya atau hilangnya selera makan pasien, makan, yang diikuti dengan satu dari gejala berikut, yaitu:
 - Cepat kenyang
 - Perubahan indera pengecap
 - Perubahan indera penghidu
 - *Meat aversion*(timbul rasa mual setelah konsumsi daging)
- b. Muntah dan mual yang disertai muntah dapat disebabkan karena kemoterapi atau radiasi, maupun karena sebab lain (gastroparesis, gastritis, obstruksi usus, gangguan metabolik).
- c. Diare: terapi kanker dan obat-obatan dapat menyebabkan diare. Diare yang tidak terkontrol dapat menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan, menurunnya selera makan, dan kelemahan otot. Terdapat 4 tingkatan diare pada kanker kolorektal, diantaranya yaitu:
 - 1) Tingkat 1: peningkatan frekuensi buang air besar (BAB) <4 kali/hari, atau peningkatan ringan produksi ostomi dibandingkan sebelumnya
 - 2) Tingkat 2: frekuensi buang air besar (BAB) 4–6 kali/hari, atau peningkatan sedang produksi ostomi dibandingkan sebelumnya

- 3) Tingkat 3: frekuensi buang air besar (BAB) 7 kali atau lebih per hari, atau peningkatan berat produksi ostomi dibandingkan sebelumnya, mengganggu aktivitas sehari-hari
- 4) Tingkat 4: kondisi yang mengancam jiwa, perlu intervensi segera (Sayuti & Nouva, 2019)

5. Pemeriksaan diagnostik

Dalam menegakkan diagnosis kanker kolorektal dapat dilakukan pemeriksaan secara bertahap, antara lain melalui anamnesis yang tepat, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium, baik dari laboratorium klinik maupun laboratorium patologi anatomi. Selanjutnya pemeriksaan penunjang berupa pencitraan seperti foto polos atau dengan kontras (barium enema), kolonoskopi, *CT Scan*, *MRI*, dan *Ttransrectal Ultrasound* juga diperlukan dalam menegakkan diagnosis penyakit ini (Sayuti & Nouva, 2019)

6. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan pada kanker kolorektal pada kanker stadium 0-I hanya dilakukan tindakan pengangkatan polip. Kanker kolon stadium II dilakukan tindakan operasi, namun apabila kanker beresiko tinggi seperti kanker terlihat abnormal, menyumbat usus besar, kanker menyebar ke organ lain akan dianjurkan dilakukan kemoterapi pasca operasi (widya hartati, 2020). Jadi dalam pelaksanaan pengobatan yang dilakukan dalam proses pengobatan pasien, penatalaksanaan medis, disesuaikan dengan kondisi dan tingkatan dari kanker yang di derita oleh pasien. Karena setiap tingkatan memiliki prosedur dan cara penanganan yang berbeda.

7. Komplikasi

Kanker kolorektal akan dapat memunculkan komplikasi yakni obstruksi, perdarahan yang terjadi di pencernaan lebih tepatnya saluran pencernaan bagian bawah, dan perforasi kolon. Perforasi kolon juga merupakan komplikasi dari divertikulitis. Setelah tindakan operasi kanker kolorektal juga memiliki resiko untuk timbulnya komplikasi, seperti infeksi dan risiko kebocoran anastomosis. Komplikasi lainnya meliputi

perdarahan, tromboemboli, dan komplikasi pasca radiasi.(Sayuti & Nouva, 2019)

Ada 7 komplikasi stoma yaitu hernia, laserasi, mukokutaneus separasi, nekrosis, prolapse, retraksi dan stenosis

1. Hernia atau turun berok adalah kondisi yang terjadi ketika organ dalam tubuh menekan dan mencuat melalui jaringan otot atau jaringan ikat di sekitarnya yang lemah. Jaringan ikat tubuh seharusnya cukup kuat untuk menahan organ tubuh di dalamnya agar tetap berada di posisinya masing-masing.
2. Laserasi adalah robekan di kulit yang bisa mengeluarkan banyak darah.
3. mukokutaneus separasi, ini ditandai oleh pembentukan blister intra-epitelial akibat rusaknya adhesi interselular, yang menyebabkan *separasi* sel epitel.
4. *Nekrosis* merupakan kondisi cedera pada sel yang mengakibatkan kematian dini sel-sel dan jaringan hidup
5. *Prolapse* Organ Pelvis adalah kondisi umum yang terjadi di antara wanita lansia apabila organ pelvisnya melorot dari posisi asalnya
6. Retraksi Otot interkostal adalah otot-otot yang berada di antara sela-sela tulang rusuk Anda. Otot-otot interkostal berfungsi membantu dada mengembang dan mengempis saat Anda bernafas.
7. Stenosis spinal merupakan kondisi yang perlu segera ditangani. Pasalnya, stenosis spinal yang tidak mendapat penanganan cepat dan tepat berpotensi menimbulkan sejumlah komplikasi serius. .(Sayuti & Nouva, 2019)

Komplikasi pada pasien dengan kanker kolon yaitu: • Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap.

1. Metastase ke organ sekitar, melalui hematogen, limfogen dan penyebaran langsung.
2. Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi.
3. Perforasi usus dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses. Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok.
4. Pembentukan abses(Sayuti & Nouva, 2019)

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Indikasi pemeriksaan dini atau skrining kanker kolorektal adalah individu dengan risiko sedang dan risiko tinggi. Yang termasuk risiko sedang adalah (Kemenkes RI, 2016): Individu berusia 50 tahun atau lebih; Individu yang tidak mempunyai riwayat kanker kolorektal atau *inflammatory bowel disease*; Individu tanpa riwayat keluarga kanker kolorektal; Individu yang terdiagnosis adenoma atau kanker kolorektal setelah berusia 60 tahun.

Yang termasuk risiko meningkat atau risiko tinggi adalah Individu dengan riwayat polip adenomatosa. Individu dengan riwayat reseksi kuratif kanker kolorektal; Individu dengan riwayat keluarga tingkat pertama kanker kolorektal atau adenoma kolorektal (rekomendasi berbeda berdasarkan umur keluarga saat diagnosis) (Rahayu et al., 2017). Individu dengan riwayat *inflammatory bowel disease* yang lama; Individu dengan diagnosis atau kecurigaan sindrom *hereditary nonpolyposis colorectal cancer* (HNPCC) atau sindrom *Lynch* atau *familial adenomatous polyposis* (FAP).

2. Diagnosis Keperawatan dan fokus Intervensi

Diagnosis Keperawatan(Pajong, 2019)

- A. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
 - 1) Gejala dan tanda mayor
Subjektif: Mengeluh nyeri Objektif:
 - a) Tampak meringis

- b) Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur
- 2) Gejala dan tanda minor
- Subjektif: (tidak tersedia) Objektif:
- a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola napas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berpikir terganggu
 - e) Menarik diri
 - f) Berfokus pada diri sendiri
 - g) Diaforesis

3. Tujuan dan kriteria hasil

- a. Tingkat Nyeri Ekspektasi: menurun
- b. Kriteria hasil:
 - 1) Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat keluhan pada nyeri berkurang
 - 2) Tidak ada ekspresi meringis
 - 3) Tidak terdapat sikap protektif
 - 4) Tidak ada perasaan gelisah
 - 5) Tidak mengalami kesulitan tidur
 - 6) Menarik diri menurun
 - 7) Berfokus pada diri sendiri menurun
 - 8) Diaforesis menurun
 - 9) Perasaan depresi (tertekan) menurun
 - 10) Perasaan takut mengalami cedera menurun
 - 11) Anoreksia menurun
 - 12) Perineum terasa tertekan menurun
 - 13) Uterus teraba membulat menurun
 - 14) Ketegangan otot menurun
 - 15) Pupil dilatasi menurun

- 16) Muntah menurun
- 17) Frekuensi nadi membaik
- 18) Pola napas membaik
- 19) Tekanan darah membaik

4. Intervensi

Observasi (Kemenkes RI, 2016):

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respons nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetik

5. Terapeutik

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. (Kemenkes RI, 2016):

6. Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

- 1) **Kolaborasi**, Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2) Observasi

- a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
- b. Identifikasi riwayat alergi obat
- c. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri.

B. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi Pasien dapat menjalin dan membina hubungan saling percaya (Sayuti , 2019)

1) Tujuan dan kriteria hasil

- a. Ekspresi wajah bersahabat,
- b. menunjukkan rasa senang, ada kontak mata,
- c. mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama,
- d. mau menjawab salam,
- e. pasien mau duduk berdampingan dengan perawat ,
- f. mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

2) Intervensi

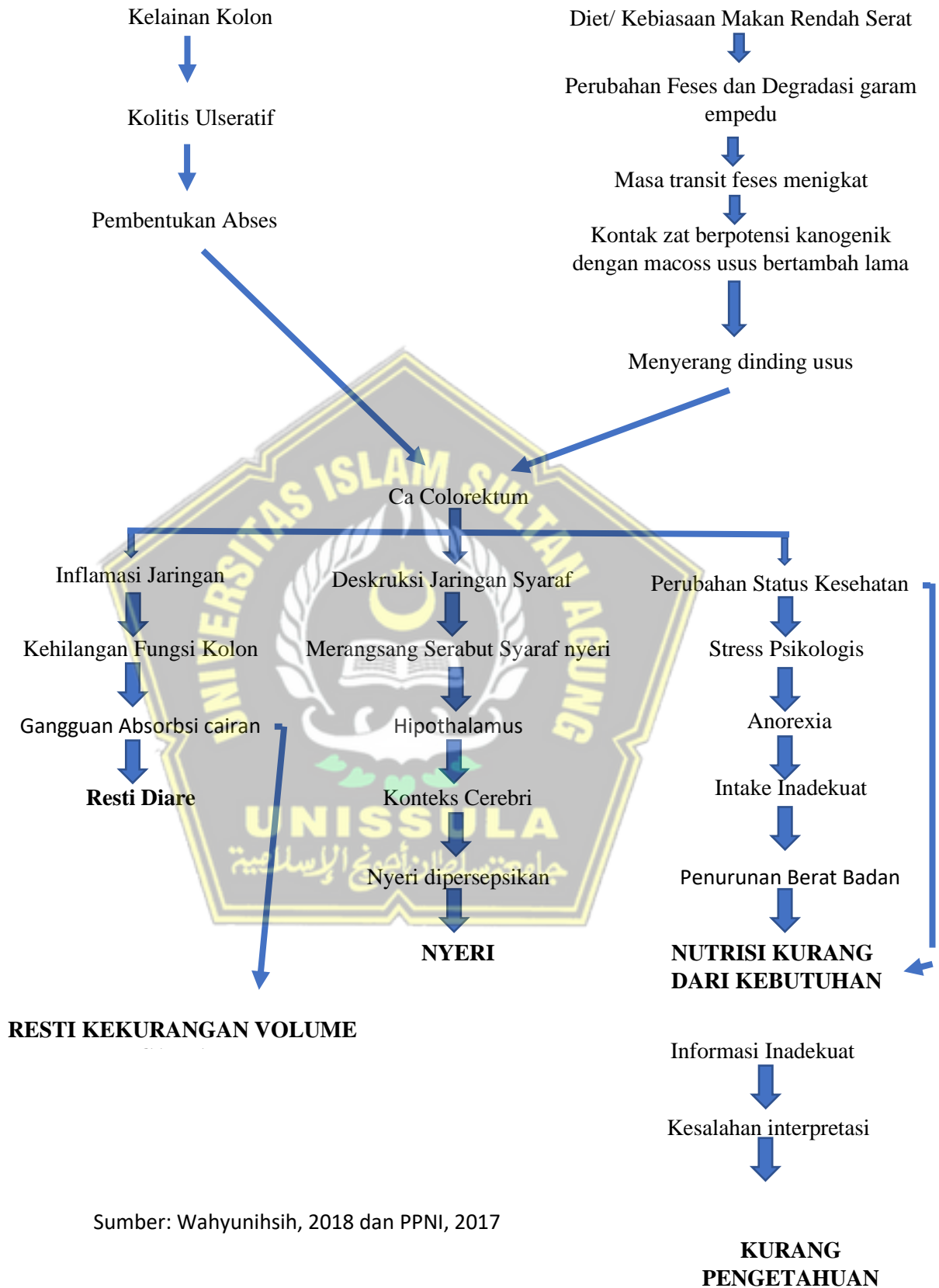
Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :

- a. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal
- b. Perkenalkan diri dengan sopan
- c. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
- d. Jelaskan tujuan pertemuan
- e. Jujur dan menepati janji
- f. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya

2) Rasional

Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.

B. PATHWAYS



Sumber: Wahyunihsih, 2018 dan PPNI, 2017

BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 26 januari 2021 pukul 15.17 WIB di ruang BAITUS SALAM 1 RSI Sultan Agung Semarang.

1. Identitas pasien

Pasien bernama Tn.E umur 55 tahun dengan jenis kelamin laik-laki, beragama islam berpendidikan terakhir sekolah dasar, pasien bekerja sebagai wiraswasta, bertempat tinggal di dk suporati rt 05 rw 02 ketapang, pasien masuk rumah sakit pada 26 januari 2020 dengan diagnose kanker kolorektal, nama dari penanggung jawab Tn.E umur 28 tahun dan jenis kelamin laki-laki, beragama islam, suku bangsa jawa dan Negara Indonesia, alamat dk suporati rt 05 rw 02 ketapang, pendidikan terakhir SMA, penanggung jawab seorang buruh tinggal satu rumah dengan pasien dan berstatus sebagai anak pasien.

2. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan

3. Status kesehatan saat ini

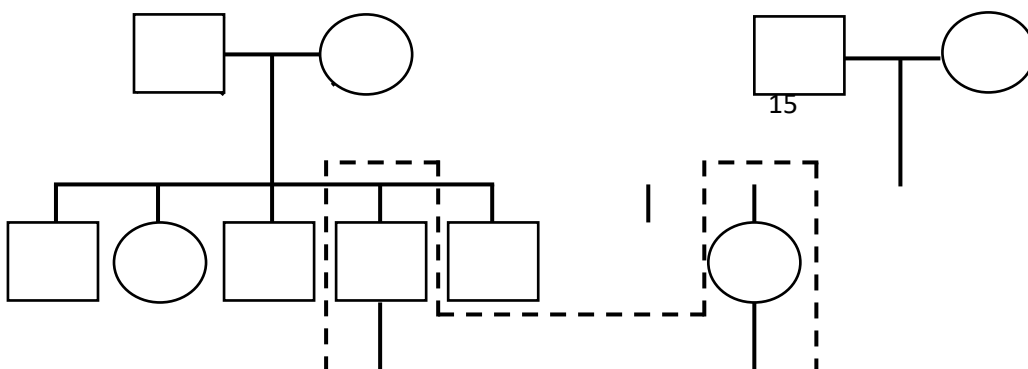
Pasien mengatakan nyeri perut selama 1 bulan, dan sulit untuk buang air besar selama sakit pasien memeriksakannya ke puskesmas terdekat setelah minum obat nyerinya berkurang kambuh lagi ketika obatnya habis, lalu pasien langsung memeriksakannya ke RSI Sultan Agung karena pasien juga belum mengetahui tentang penyakitnya.

4. Riwayat kesehatan saat ini

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, dan pasien mengatakan mengkonsumsi obat-obatan dan tidak mempunyai riwayat alergi, imunisasi lengkap.

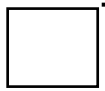
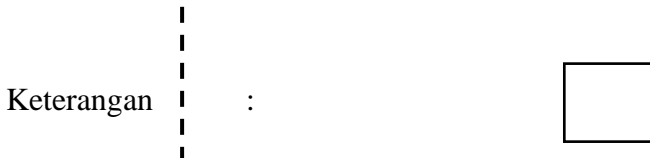
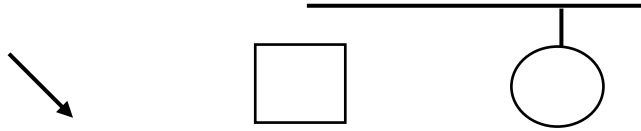
5. Riwayat kesehatan keluarga

a. Genogram

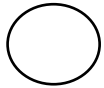


c.

d.



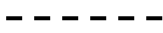
: laki-laki



: perempuan



: pasien



: tinggal 1 rumah



: sudah meninggal

b. pasien mengatakan keluarga pasien tidak punya riwayat penyakit kanker kolorektal atau penyakit yang serius lainnya, yang mempunyai penyakit hanya Tn.E saja dalam tiga generasi.

6. Riwayat kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan rumah dan lingkungan pasien bersih barang barang di rumah tersusun rapih, pasien juga mengatakan lingkungan sekitar rumahnya tidak mempengaruhi terhadap penyakit pasien.

7. Pola kesehatan fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan sebelumnya jarang memperhatikan kesehatannya. Pasien juga mengatakan belum memiliki pengalaman/pengetahuan yang cukup tentang penyakit kanker kolorektal. Jika sakit biasanya hanya berobat di puskesmas dengan fasilitas seadanya. Kebiasaan sehari-hari pasien adalah suka makan mie instan dan makanan pedas. Pasien mengatakan jika merasakan badannya lelah sering

mengonsumsi jamu dan kebiasaan sehari-harinya adalah minum kopi dan jarang berolahraga (tidak pernah).

b. Pola nutrisi dan metabolic

Pasien mengatakan pola makan setiap hari jarang diperhatikan, makanan yang disukai adalah makanan pedas dan mie instan. Selama sakit pasien berusaha mengurangi kebiasaan makan makanan pedas dan mie instan. Pasien juga sudah mengurangi konsumsi rokok selama 1 tahun belakangan ini. Pasien belum ada keluhan mual muntah sejauh ini. Pasien mengatakan berat badan dan tinggi badan tidak ada penurunan selama sebelum sakit sampai dirawat ini. Pasien mengatakan banyak minum air putih. Pasien terpasang infus ditangan sebelah kiri, tidak ada keluhan demam.

c. Pola eliminasi

Pasien mengatakan selama di rumah jarang BAB hanya BAK saja sehari 4 kali, dan setelah di rawat di RS pasien akan di pasang kolostomi.

d. Pola aktivitas latihan

Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas dan bekerja. Semua kegiatan sehari-hari dilakukan secara mandiri tanpa bantuan. Pasien mengatakan tidak pernah memiliki keluhan sesak nafas. Pasien mengatakan setelah berkegiatan mudah merasa kelelahan.

e. Pola istirahat tidur

Pasien mengatakan kebiasaan tidur saat malam hari sekitar 8 jam. Biasanya pasien tidur pukul 21.00-04.30 WIB. Pasien juga tidak memiliki keluhan kesulitan tidur dan tidak mudah terbangun.

f. Pola kognitif

Pasien mengatakan selama ini sulit beraktivitas dan aktivitasnya terganggu karena nyeri pada perutnya sering kambuh secara tiba-tiba. Saat melakukan aktivitas berat nyeri selalu muncul, seperti ditusuk-tusuk.

P : Nyeri muncul saat melakukan aktivitas berat

Q : Nyeri biasanya muncul selama 2-3 jam, nyeri seperti ditusuk-tusuk/tajam

R : Nyeri terjadi diperut bagian kanan

S : Skala nyeri 5

T : Nyeri terjadi saat beraktivitas berat

g. Pola persepsi dini dan konsep diri

Pasien mengatakan sangat takut penyakitnya tidak bisa sembuh dan pasien juga takut dengan tindakan operasi yang akan dilakukan. Pasien berharap ia bisa pulih kembali dan bisa bekerja seperti

sedia kala. Pasien mengatakan sangat bersyukur karena keluarganya selalu mendukung untuk kesembuhannya.

h. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan ketika menghadapi sesuatu selalu berusaha berdiskusi dengan keluarga seperti kepada istri dan anaknya. Pasien mengatakan ketika menghadapi penyakitnya ini pasien berusaha mencari pengobatan terbaik agar segera sembuh seperti sedia kala. Pasien mengatakan berusaha sebaik mungkin menghadapi sakitnya dan tidak menganggap itu sebagai beban.

i. Pola berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan hubungannya dengan orang lain dan keluarganya baik. Pasien mengatakan jika mempunyai masalah selalu meminta bantuan kepada keluarga dan berdiskusi untuk mencari solusi yang terbaik.

j. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan selalu menjalankan sholat 5 waktu dan senantiasa berdoa agar selalu sehat dan diberi kesembuhan. Pasien juga mengatakan selama dirawat di RSI Sultan Agung keluarga selalu siap membantu jika akan melaksanakan ibadah.

1. Pemeriksaan fisik (HEAD TO TOE)

Kesadaran pasien composmentis, penampilan lemah, tanda-tanda vital pasien suhu tubuh 37,0 derajat celcius, TD 120/80 mmHg, pernapasan 18 kali/menit, nadi 91 kali/menit. Bentuk kepala mesosepal, rambut berwarna hitam beruban, bersih, juga tidak bau dan juga tidak rontok. Bentuk mata simetris, penglihatan normal, pada konjungtiva pasien anemis, sclera tidak ikterik, dan pupil normal, tidak memakai alat bantu penglihatan, tidak ada sekret. Hidung berbentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak memakai oksigen. Mulut dan tenggorokan mampu berbicara dengan baik, gigi normal, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis. Pada pemeriksaan dada di jantung dilakukan inspeksi ictus cordis tidak terlihat, dada terlihat simetris kanan kiri, pada pemeriksaan palpasi ictus cordis teraba, palpasi terasa, perkusi bunyi pekak dan auskultasi pada pemeriksaan bunyi jantung lupdup regular. Pada pemeriksaan paru-paru dilakukan inspeksi pergerakan pengembangan dada seimbang, palpasi vocal fremitus kanan dan kiri seimbang, perkusi suara sonor, auskultasi tidak ada bunyi tambahan. Pada pemeriksaan abdomen dilakukan inspeksi bentuk perut cembung, auskultasi peristaltik usus 12x/menit, perkusi timpani, palpasi terdapat nyeri tekan. Pada pemeriksaan genetalia tidak terpasang kateter, tidak ada masalah yang dikeluhkan. Pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah kuku pendek bersih, kulit hitam, tidak ada ruam pada kulit, tidak ada edema, turgor kulit baik, CRT < 2 detik, tidak menggunakan alat bantu, gerak seimbang, dapat mobilisasi.

2. Data penunjang

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

Tanggal periksa : 26/01/2021 . 12.41

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
<u>HEMATOLOGY</u>				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	11.5	13.2-17.3	g/dL	
Hematocrit	34.2	33-45	%	
Leukosit	11.46	3.8-10.6	ribu/uL	
Trombosit	478	150-440	ribu/uL	
Golongan darah/Rh	O/positif	-		
PPT				
PT	11.0	9.3-11.4	Detik	
PT (Kontrol)	11.2	9.1-12.3	Detik	
APTT				
<u>APTT</u>	36.5	21.8-28.4	Detik	
APTT (Kontrol)	25.9	21.0-28.4	Detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa	Darah	142	75-110	mg/dl
Sewaktu				
Ureum		61	10-50	mg/dl
Creatinin		1.17	0.70-1.30	mg/dl
Albumin-Globulin				

Albumin	4.21	3.40-4.80	gr/dL
---------	------	-----------	-------

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

Tanggal periksa : 26-01-2021 12:41

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	L 131.0	135 – 147	Mmol/L	
Kalium (K)	4.60	3.5 – 5.0	Mmol/L	
Klorida (Cl)	H 109.0	95 – 105	Mmol/L	
IMUNOLOGI				
HBsAg (Kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif		

Data pengobatan :

- Omeperazole 1x40 mg
- Keterolak 3x30 mg
- Infus RL 500 cc 20 tetes/menit

B. Analisa Data

Data fokus pada tanggal 26 Januari 2021 jam 15.10 WIB dilakukan pengkajian pada pasien sebelum operasi didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan, data objektif pasien tampak meringis, gelisah dan sulit tidur dengan pengkajian nyeri PQRST didapatkan P: nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri pinggang kanan dan kiri, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul. Dari data fokus tersebut, penulis mengambil problem nyeri akut dengan etiologi agen cedera fisik.

Data fokus pada pukul 19.20 WIB didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi sakitnya saat ini, juga takut dengan operasi yang akan dijalani, data subjektif pasien tampak gelisah, tegang dan sulit tidur. Dari data fokus tersebut, penulis mengambil problem ansietas dengan etiologi kurang terpapar informasi.

C. **Diagnosis Keperawatan**

Hasil pengkajian yang dilakukan pada 26 Januari 2021, penulis menyimpulkan terdapat dua masalah keperawatan pada pasien yaitu yang pertama **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**, masalah tersebut ditandai dengan data subjektif yang didapatkan dari pernyataan pasien yaitu pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan sehingga sulit untuk bergerak dan beraktivitas. Sedangkan dari data objektif pasien terlihat meringis, gelisah dan sulit tidur.

Masalah keperawatan yang kedua yaitu **Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi**, masalah keperawatan tersebut didapatkan dari data subjektif pasien yang mengatakan cemas dengan penyakitnya yang takut tidak bisa sembuh juga dengan tindakan Operasinya yang akan dijalani, data subjektif pasien yang terlihat gelisah, tegang dan sulit tidur.

D. **Intervensi Keperawatan**

Planning yang dilakukan penulis lakukan yaitu pada tanggal 26 Januari 2021 pukul 16.00 WIB dengan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan tiga kali delapan jam diharapkan nyeri teratasi dengan kriteria hasil yang pertama keluhan nyeri menurun, tingkat nyeri menurun (skala 3), status kenyamanan meningkat. Intervensi keperawatan yang penulis angkat yaitu identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.

Planning keperawatan yang kedua dilakukan pada tanggal 26 Februari 2021 pada pukul 18.30 WIB dengan diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga kali delapan jam ansietas dapat hilang dengan kriteria hasilnya yaitu penurunan pada verbalisasi kebingungannya, tidak ada gelisah, tidak mengalami ketegangan, juga kintraksi membaik dan pola tidur terjaga. Intervensi keperawatan yang diangkat penulis yaitu monitor tanda-tanda ansietas, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, pahami situasi yang membuat ansietas, latih tehnik relaksasi, dan anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.

E. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan pada 26 Januari 2021 pukul 08.25 WIB pada diagnosis yang pertama yaitu mengidentifikasi skala nyeri (PQRST) meminta pasien untuk menilai skala nyeri dari 0 sampai 10 dan respon pasien pada data subjektif pasien mengatakan nyeri masih terasa pada perut bagian kanan dengan P yaitu nyeri saat bergerak, Q nyeri seperti ditusuk-tusuk, R nyeri di perut bagian kanan, S skala nyeri 5, T nyeri selama 1-2 jam, data objektif pasien tampak nyaman saat diajarkan tehnik distraksi relaksasi.

Planning keperawatan pada diagnosis kedua pada pukul 10.00 WIB penulis melakukan implementasi keperawatan dengan memonitor tanda-tanda ansietas pada hari ini dengan memberikan pendekatan yang tenang, di dapatkan pasien mengatakan cemas dengan tindakan operasi yang akan dilakukan pada data subjektif, data objektif pasien tampak lebih tenang saat dijelaskan tentang prosedur operasinya yang akan dijalannya.

Planning keperawatan pada tanggal 27 Januari 2021 pukul 09.10 WIB dengan diagnosis pertama penulis melakukan implementasi keperawatan dengan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan anjuran posisi nyaman untuk berbaring, didapatkan data subjektif mengatakan nyeri sata bergerak, data objektif pasien tampak lebih tenang saat dianjurkan berbaring dengan posisi yang nyaman.

Planning keperawatan pada diagnosis kedua pukul 10.00 WIB penulis melakukan implementasi keperawatan dengan memonitor TTV pada tekanan darah didapatkan hasil 120/70 mmHg, suhu 36,5 derajat celcius, RR 21 kali per menit, dan nadi 85 kali per menit.

Planning keperawatan pada diagnosis pertama tanggal 28 Februari pukul 15.00 WIB penulis melakukan implementasi keperawatan dengan memfasilitasi istirahat dan tidur dengan mengganti spreng agar lebih nyaman juga mengkolaborasikan pemberian analgetik, di dapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberi obat, data objektif pasien tampak nyaman juga rileks saat diberi obat pereda nyeri dan tempat tidurnya dibersihkan.

Planning keperawatan pada diagnosis kedua pukul 17.00 WIB penulis melakukan implementasi keperawatan dengan melatih distraksi-relaksasi juga menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, di dapatkan data subjektif pasien mengatakan mau melakukan tehnik distraksi relaksasi dan mengungkapkan lega setelah mengungkapkan kecemasannya, data objektif pasien tampak tenang dan rileks setelah mengungkapkan kecemasannya dan pasien tampak lebih nyaman dan rileks setelah melakukan tehnik distraksi relaksasi.

F. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari hasil implementasi pada tanggal 26 Januari 2021 pukul 11.00 WIB dengan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan, objektif pasien tampak menahan nyeri skala 5, assessment masalah nyeri belum teratasi, planning kaji kembali skala nyeri.

Evaluasi pada jam 13.00 dengan diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, subjektif pasien mengatakan cemas pasien mengatakan lebih lega setelah melakukan Tarik nafas dalam, objektif ekspresi tenang, gelisah berkurang, assessment ansietas teratasi sebagian, planning observasi kecemasan, berikan dukungan psikososial, lanjutkan intervensi.

Evaluasi dari hasil implementasi pada tanggal 27 Januari 2021 pukul 10.00 WIB dengan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang setelah tindakan injeksi, objektif pasien tampak skala nyeri 4 dilihat dari ekspresi pasien, assessment masalah nyeri teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi, motivasi pasien untuk melakukan teknik distraksi relaksasi ssecara mandiri.

Evaluasi dari hasil implementasi pada tanggal 28 Januari 2021 pukul 18.20 WIB dengan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang setelah dilakukan tindakan Operasi, objektif pasien tampak skala nyeri 3, assessment masalah nyeri teratasi, planning hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan ini penulis akan membahas proses keperawatan pada pasien Tn.E yang di diagnosis kanker kolorektal yang dirawat di bangsal Baitussalam 1 rumah sakit islam sultan agung Semarang. Asuhan keperawatan dilakukan 3 hari mulai tanggal 26 januari sampai 28 januari 2021 dilakukan pada pasien sebelum operasi. Proses keperawatan yaitu tindakan yang dilakukan agar dapat memecahkan masalah keperawatan pada pasien agar membantu perawat untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat kepada pasien. Proses keperawatan terdiri dari beberapa lapisan untuk berpikir secara kritis yang dapat memungkinkan perawat membuat penilaian agar dapat melakukan tindakan secara tepat kepada pasien.

Pembahasan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Data yang didapatkan dari catatan rekap medis, hasil wawancara, dan juga observasi langsung untuk dibandingkan dengan antara tinjauan dengan kejadian yang ditemukan di rumah sakit.

A. Pengkajian

Dari data dan informasi yang didapatkan dari pasien sebelumnya pasien menderita nyeri pada perut bagian kanan dan mendapatkan perawatan dipuskesmas didekat rumah pasien lalu dinyatakan sembuh setelah menjalani perawatan rutin dan meminum obat secara teratur namun setelah dinyatakan sembuh pasien tidak melakukan pemeriksaan lanjutan.

Pengkajian dilakukan diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 26 Januari 2021 pukul 15.17 WIB. Pasien berjenis kelamin laki-laki yang bernama Tn.E umur 55 tahun, agama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan sehari-hari sebagai petani, alamat dk suropati rt 05 rw 02 ketapang. Sebagai penanggung jawab ialah Tn. E berjenis kelamin laki-laki, agam islam pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai buruh, tinggal satu rumah dengan pasien yaitu di dk suropati rt 05 rw 02 ketapang. Hubungan dengan pasien adalah sebagai Anak. Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan pada saat datang ke rumah sakit.

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian dapat di simpulkan bahwa penampilan Tn.E lemah karena nyeri yang dirasakan akibat kanker kolorektal.

Ada dua kemungkinan yang dapat di kaji dari hasil data yang telah didapatkan. Satu, jenis makanan yang dikonsumsi oleh pasien setiap harinya, dari bidang pekerjaan yang dilakukan oleh pasien sebagi seorang petani, sehingga pola makan dan jenis makan yang sering di konsumsi oleh pasien adalah makan makanan yang tidak memiliki kandungan serat tinggi, serta pola makan dengan konsumsi besar sering dilakukan saat pasien sedang berada di lahan pertanian. Dua, pola makan yang dilakukan oleh pasien tidak teratur terkadang pasien makan pada pagi hari

saja dengan konsumsi yang besar dan terkadang pasien hanya makan pada sore hari saja dengan konsumsi yang cukup besar. Berdasarkan faktor risiko kanker kolorektal. Faktor risiko kanker kolorektal yang dapat dimodifikasi yaitu jarang melakukan aktivitas fisik, merokok, konsumsi minuman alkohol dalam periode yang lama, serta kurangnya makan makanan yang mengandung serat. (Masrul, 2018)

Ada kemungkinan tidak mencuci tangan sebelum makan menjadi faktor yang cukup diragukan. Dimana pasien kurang bersih atau tidak mencuci tangan saat sedang makan sehingga kotoran, bahan kimia ataupun zat berbahaya lain masuk ke dalam tubuh. Hal tersebut kemudian mengendap di usus besar hingga pada akhirnya timbul gejala kanker. Hal tersebut harus dikaji lebih lanjut untuk mendapatkan informasi yang lebih lanjut. Pada kanker kolorektal, adenokarsinoma menghasilkan glikoprotein yang banyak sehingga kadar CEA menjadi tinggi (90%).¹³⁻¹⁴ Penelitian pada pertengahan tahun 1960-an ditemukan CEA yang tinggi dalam darah pasien terdiagnosis kanker usus besar. (Barata et al., 2018)

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah langkah setelah pengkajian keperawatan yang menggambarkan penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya.

Diagnosis keperawatan adalah tindakan keperawatan menurut Gordon yang berisi tentang pernyataan yang jelas, singkat dan pasti mengenai masalah kesehatan serta sebabnya yang nyata sehingga dapat dipecahkan.

Dari hasil pengkajian dan rekam medis Tn.E dengan diagnosis kanker kolorektal didapatkan dua diagnose keperawatan yang sesuai dengan keadaan yang sedang dirasakan pasien saat ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

1. Diagnosis yang muncul

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Alasan penulis mengambil diagnosis nyeri karena menyesuaikan dengan kondisi pasien yang mengeluh nyeri perut pada bagian kanan dengan skala nyeri 5 sehingga tujuannya adalah agar nyeri yang pasien rasakan berkurang dan skala nyeri turun. Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 hari nyeri berkurang dengan dibuktikan skala nyeri turun menjadi 3 dan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang sehingga pasien sudah tidak merasa gelisah karena nyeri yang dirasakan.

Menurut SDKI (2017) nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak ataupun lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Faktor yang berhubungan yaitu agen pencedera fisik.

b. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Alasan penulis mengambil diagnosis ansietas karena menyesuaikan dengan kondisi pasien yang kurang informasi tentang penyakit yang sedang dialaminya saat ini sehingga tujuannya adalah meningkatkan pengetahuan pasien tentang sakit yang dideritanya dan mengurangi rasa cemas yang berlebihan pada pasien. Pasien mengatakan tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit yang dialaminya saat ini sehingga timbul kecemasan yang berlebihan takut penyakitnya tidak bisa disembuhkan dan bertambah parah. Dampak dari kecemasan tersebut pasien mengalami gelisah, tegang dan sulit tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari pasien sudah mendapatkan banyak informasi tentang sakit yang sedang dialami serta tindakan-tindakan yang akan diterimanya. Dari tindakan keperawatan tersebut akhirnya kecemasan pasien berkurang sehingga pasien merasa lebih nyaman dan semangat untuk sembuh.

Menurut SDKI (2017) ansietas merupakan keadaan emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi antisipasi berbahaya yang memungkinkan individu merencanakan tindakan agar dapat menghadapi berbagai ancaman. Faktor yang berhubungan yaitu kurang terpapar informasi.

2. Diagnosis yang tidak muncul

Pada kasus pasien kanker usus, penulis tidak memunculkan diagnosis sesuai dengan tinjauan teori dikarenakan data yang diperoleh tidak menunjukkan adanya tanda-tanda yang mendukung diagnosis ini dimunculkan. Diagnosis yang tidak muncul di kasus ini antara lain :

- a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan imobilisasi Diagnosis ini penulis tidak tegakkan karena aktivitas pasien saat di cek dan di tanyakan kepada pasien serta mulut pasien tidak ada gangguan dan pasien mampu berjalan ke kamar mandi. Untuk diagnosis keperawatan kedua ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, diagnosis ini penulis tidak di tegakkan karena saat mengkaji pasien mengatakan untuk nutrisinya tidak ada keluhan masih sama seperti sebelum sakit, pola makan semenjak sakit pasien mengurangi makanan yang pedas.
- c. Anamnesis

Sebuah proses dimana dokter secara langsung melakukan wawancara terkait dengan apa yang di rasakan oleh pasien. Dalam wawancara yang dilakukan oleh dokter. Secara umum dokter akan menanyakan berbagai hal secara klinis tentang pengalama dan juga gejala yang di rasakan secara sadar oleh pasien. Dalam hal ini semua data yang di dapatkan adalah data yang di berikan atau di ungkapkan oleh pasien selaku penderita kanker kolorektal. Semua hal yang pasien ceritakan akan di catat kemudia di kaji lebih lanjut untuk mendapatkan hasil pemeriksaan yang lebih akurat. Data yang di dapatakan akan di dibandingkan dengan hasil pemeriksaan lainnya.

Sebagian besar penderita datang pada dokter dengan keluhan perubahan kebiasaan defekasi: diare atau obstipasi, sakit perut tidak menentu, sering ingin defekasi namun tinja sedikit, perdarahan campur lendir. Kadang-kadang gejala yang timbul menyerupai gejala penyakit disentri. Penyakit(Sayuti & Nouva, 2019)

d. Kondisi fisik pasien

Dalam melakukan diagnosis seorang dokter harus memeriksa kondisi pasien yang di tangani. Kondisi fisi yang dimaksud adalah keadaan pasien atau kondisi penyebab keluhan. Dimana dokter atau perawat akan melihat gejala yang ada pada diri atau tubuh fisik pasien. Ketika kondisi fisik pasien dalam keadaan yang cukup baik ataupun ketika kondisi fisik pasien dalam keadaan yang cukup buruk. Maka dokter akan mudah menentukan langkah pengobatan yang dilakukan.

Kondisi fisik yang diamati bukan hanya kondisi secara fisik kanker kolorektal. Namun kondisi fisik secara keseluruhan. Hal ini untuk mengetahui apakah, terjadi komplikasi atau tidak. Selain itu melakukan diagnosis terhadap kondisi fisik pasien akan mempermudah penentuan tingkat gejala yang di alami pasien. Karena dengan tingkat penyakit yang sama namun kondisi fisik pasien berbeda maka pertumbuhan dan efek yang di rasakan berbeda. Pasien dengan kondisi fisik lemah akan menjadi prioritas.

Hal yang di perhatikan dalam diagnosis fisik. Penyumbatan kolon, biasanya terjadi di kolon transversum, kolon desenden dan kolon sigmoid. Nyeri abdomen dapat juga disebabkan obstruksi parsial karena lumen usus menjadi lebih sempit, sehingga pasien biasanya mengeluh nyeri kolik yang intermitten di sentral atau di fossa iliaca kanan yang sering timbul setelah makan. Massa abdominal yaitu ketika tumor tumbuh hingga batas tertentu di daerah abdomen sehingga dapat diraba adanya massa, hal ini sering ditemukan pada kolon sebelah kanan dan pada pasien yang kurus. Benjolan sekitar anus bisa terjadi karena massa di rektum bertambah besar.

e. Diagnosis proritas

Dalam penanganan pasien kanker kolorektal. Prioritas penanganan yang di lakukan harus berdasarkan pada 3 hal berikut :

- 1) Problem (P/masalah), merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan Keperawatan dapat diberikan. Masalah adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.
- 2) Etiologi (E/penyebab), keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan atau masalah kesehatan yang memberikan arah terhadap terapi keperawatan.
- 3) Sign & symptom (S/tanda & gejala), adalah ciri, tanda atau gejala, yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan.(rambe, 2019)

Dari ketiga indikator di atas kita dapat menentukan diagnosis prioritas terhadap pasien kanker, dengan memperhatikan kondisi fisik, keluhan dan keadaan mental pasien. Hal yang dapat diutamakan dalam proses menentukan adalah ketika kondisi fisik pasien yang kurang baik dalam hal ini kita dapat melihat bagaimana keadaan pasien ketika dibawa atau sedang menjalani proses perawatan. Ketika kondisi fisik pasien dalam keadaan yang cukup buruk namun tidak mampu menjalankan tindakan medis maka prioritas yang dilakukan adalah memulihkan kondisi fisik pasien. Begitu juga sebaliknya, ketika kondisi fisik pasien mampu dengan keadaan kanker yang memburuk dapat segera dilakukan penanganan secara cepat.

Semakin parah kondisi fisik dan penyakit dari pasien bukan menjadi faktor utama dalam penentuan diagnosis keperawatan. Melainkan kompleksitas penanganan. Ketika gejala yang dialami pasien cukup berat, namun penyebab dari munculnya kanker serta belum adanya pemeriksaan yang menunjukkan penyebab kondisi tersebut maka belum dapat ditentukan tindakan. Karena hal tersebut dapat memperburuk kondisi pasien. Hal yang diutamakan adalah melakukan pemeriksaan lebih lanjut. Menurut NANDA, diagnosis keperawatan risiko adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga atau komunitas yang sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding individu atau kelompok lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Diagnosis keperawatan ini mengganti istilah keperawatan potensial dengan menggunakan “risiko terhadap atau risiko tinggi terhadap” (Rambe, 2019)

C. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Dalam diagnosis keperawatan ini, penulis melakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi skala nyeri (P.Q.R.S.T), karena kondisi pasien yang mengeluh nyeri pada perut bagian kanan maka penulis menyarankan pasien melakukan teknik distraksi relaksasi agar pasien merasa nyaman dan nyeri berkurang. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak maka penulis mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan nyeri saat bergerak maka penulis menyarankan pasien untuk berbaring agar dapat meminimalisir nyeri. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat tidur maka penulis memfasilitasi istirahat dan tidur pasien dengan mengajaga kebersihan tempat tidur pasien dan mengganti sprei bila sudah kotor. Lalu memantau tanda-tanda vital untuk mengetahui kondisi tanda-tanda vital pasien. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik agar nyeri pada pasien berkurang.

b. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Dalam diagnosis keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yaitu memonitor tanda-tanda ansietas pada pasien karena pasien tampak cemas dan gelisah memikirkan kondisinya lalu menganjurkan pasien untuk tenang dan berdoa agar diberikan kesembuhan, mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya karena pasien mengatakan tidak memiliki informasi yang cukup terkait dengan sakit yang sedang dialami kemudian penulis memberikan informasi yang diutuhkan pasien dengan metode leaflet, memonitor tanda-tanda vital untuk mengetahui apakah ansietas yang sedang dialami pasien berpengaruh pada tanda-tanda vital pasien dan mengetahui kondisi terkini pasien.

D. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi selama 3x8 jam pada Tn.E didapatkan hasil :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, evaluasi data subjektif : pasien mengatakan masih nyeri ringan pada bagian perut sebelah kanan namun dapat sedikit mereda ketika melakukan tehnik distraksi relaksasi, P : nyeri hilang timbul, Q : nyeri ringan, R : nyeri bagian perut sebelah kanan, S : skala nyeri 3, T : hilang timbul. Data objektif : pasien terlihat lebih tenang, dan bisa tidur dengan nyaman, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 37,0 derajat celcius, nadi 91 kali per menit, pernapasan 18 kali per menit.
- b. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, evaluasi data subjektif : pasien mengatakan cemas sudah berkurang karena sudah mengetahui tentang penyakitnya ketika cemas muncul pasien melakukan Tarik nafas dalam dan berdoa kepada Allah SWT agar tenang. Data objektif : ekspresi cemas pasien hilang, pasien lebih tenang dan gelisah hilang, tekanan darah 120/70 mmHg, suhu 36,5 derajat celcius, nadi 85 kali per menit, pernapasan 21 kali per menit.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kanker kolorektal adalah pertumbuhan abnormal pada kolon atau rektum (usus). Kolon merupakan bagian terpanjang pada usus besar dan rektum adalah lorong yang menghubungkan antara kolon dengan anus. Sebagian besar kanker kolorektal berawal dari suatu polip (suatu pertumbuhan yang jinak atau tidak bersifat kanker pada lapisan kolon atau rektum) yang kemudian berkembang menjadi pertumbuhan yang abnormal (bersifat kanker). Skrining terhadap polip dapat mendeteksi kanker kolorektal secara dini.

Penyebab kanker kolorektal tidaklah diketahui, namun Anda mungkin berisiko mengalaminya bila: Berusia di atas 50 tahun, memiliki polip kolorektal, memiliki anggota keluarga yang menderita kanker kolorektal, pernah menderita kanker sebelumnya, misalnya kanker kolorektal, dan pada wanita, kanker ovarium, uterus atau payudara, memiliki kolitis ulseratif atau penyakit Crohn (peradangan kolon), merokok, diet tinggi lemak dan rendah buah serta sayuran.

Pengobatan yang paling umum untuk kanker kolorektal adalah operasi untuk membuang tumor. Operasi untuk membuang kanker kolorektal dapat berupa salah satu dari

: operasi invasif minimal, dilakukan dengan laparoskopi (operasi lubang kunci) atau operasi terbuka untuk membuang kanker dan beberapa jaringan kolon serta kelenjar getah bening di dekatnya bila perlu.

Pengobatan lain yang dapat diberikan sebelum atau setelah operasi yaitu : kemoterapi untuk menghancurkan sel-sel kanker, terapi radiasi (menggunakan sinar X berenergi tinggi) pada area tertentu, terapi yang ditargetkan untuk menghancurkan atau menghambat pertumbuhan sel-sel kanker.

2. Pengkajian

Pengkajian yang telah dilakukan penulis terhadap Tn. E dengan kanker kolorektal didapatkan subjektif dan objektif yang akhirnya penulis dapat menegakkan dua diagnose keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa dirumuskan berdasarkan keluhan yang pasien rasakan dan juga hasil pemeriksaan dirumah sakit dengan penyakit kanker kolorektal. Pada hasil dari berbagai data dan sumber tersebut, penulis mengangkat 2 diagnosa utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menentukan rencana tindakan keperawatan untuk pasien. Penentuan rencana tindakan keperawatan adalah sebagai arah dalam membuat rencana tindakan dari diagnose keperawatan yang sudah ditentukan. Kriteria hasil digunakan untuk memberikan arahan tujuan sudah berhasil dan sebagai bahan pertimbangan. Saat menentukan intervensi harus memperhatikan pokok penting dalam perencanaan yaitu ONEC yaitu observasi (*observation*), tindakan keperawatan (*nursing treatment*), pendidikan kesehatan (*education*), dan tindakan kolaborasi (*colaboration*).

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Tn.E dengan diagnosa kanker kolorektal dilakukan selama 3x8 jam selama 3 hari dilakukan sesuai dengan keluhan dan standar asuhan keperawatan. Tindakan yang dilakukan kepada pasien dapat dilakukan dengan dukungan fasilitas yang tersedia di dalam ruangan rumah sakit.

6. Evaluasi

Evaluasi dari asuhan perawat yang telah dilakukan selama 3x8 jam diharapkan seluruh keluhan yang dirasakan pasien teratasi. Nyeri yang dirasakan pasien menjadi berkurang atau hilang, ansietas pada pasien teratasi penuh karena diberikan informasi yang cukup.

B. Saran

1. Bagi rumah sakit

Diharapkan bagi rumah sakit mampu meningkatkan mutu dan pelayanan kepada masyarakat sehingga mampu meningkatkan kesehatan masyarakat.

2. Bagi tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan memulihkan kesehatan pasien sesuai dengan kebutuhan pasien.

3. Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan mampu memperbaiki kualitas pelayanan pendidikan agar menciptakan calon tenaga kerja yang handal dan juga kompeten.



Lampian 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN : NIDN. 06-0510-8901

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah aas nama mahasiswa prodi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : NISRIINAA ZULFAA ZAAKIYAH

Nim : 40901800073

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.E DENGAN KANKER KOLOREKTAL DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 23 Mei 2021

Ns., Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN. 06-0510-8901





LAMPIRAN 1 Surat Kesediaan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns, Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN. 06-0510-8901

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa prodi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Nisriinaa Zulfaa Zaakiyah

Nim : 40901800073

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. E DENGAN KANKER KOLOREKTAL DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 20 Maret 2021 sampai tanggal 26 Mei 2021 bertempat di Prodi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 26 Mei 2021

Nama : Ns, Ahmad Ikhlasul Amal, MAN



NIDN. 06-0510-8901




BERITA ACARA

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.E DENGAN KANKER KOLOREKTAL DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

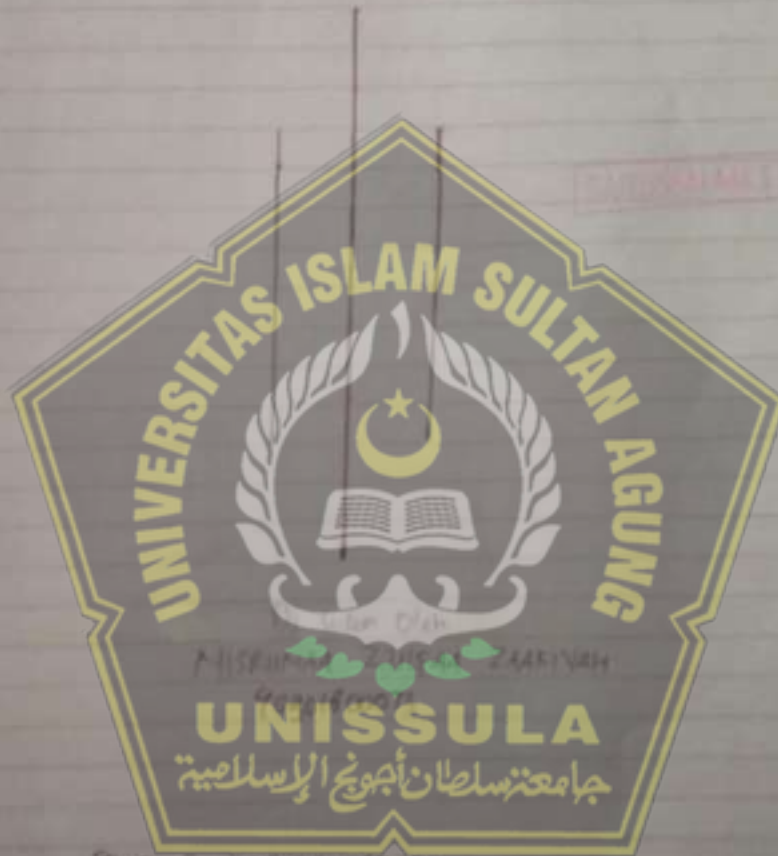
NAMA : NISRIINAA ZULFAA
ZAAKIYAH NIM : 40901800073

No	Nama penguji	Direvisi pada bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda tangan
1.	Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB	1. Hal-hal yang perlu dilengkapi ditulis di pembahasan 2. Menambahkan diagnosis pola tidur ke diagnosis yang belum muncul	39-48 43	√		
2.	Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep	1. Resum kasus di ubah menjadi naratif 2. Atur margin	28-31 11-51	√		

		sesuai buku panduan 3. Mengubah tulisan sub bab menjadi warna yang sama	11-51			
3.	Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN	1. Atur margin sesuai buku panduan 2. Melengkapi nama penguji	11-51 4	√		



ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn E
DENGAN KASUS "CA SIANOID"
DI RUANG BAYUSALAM I
RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG



PRODI DI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2021

A. Pengkajian Keperawatan
1. Data Umum

a. Identitas

Nama : T. E
Umur : 57 thn
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Wiraswasta
Suku / bangsa : Indonesia
Alamat : Kampung Kendal

Diagnosa Medis :
Demam
tanggal dan jam : 26-01-21 15:17

2. Identitas Perawatan

Nama :
Jenis Kelamin :
Agama :
Suku / bangsa :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :
Hubungan dengan klien :

b. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri perut di bagian bawah

c. Status Fisik

Alasan :
Klien mengatakan nyeri

d. riwayat kesehatan lalu

- 1) Penyakit yang pernah dialami - Pasien mengatakan sebelumnya pernah pernah mengalami penyakit yang sama
- 2) kecelakaan - pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
- 3) pernah dirawat - pasien mengatakan pernah dirawat



- 4. Alergi: Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi
- 5. Diet: Pasien mengatakan dimonitori diet ketat
- 6. Tingkat kesehatan keluarga
- 7. Situasi kesehatan keluarga



Keterangan:

- laki-laki
- perempuan
- ◻ menikah
- ◌ keturunan

- 1. Penyakit yang diturunkan oleh keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang sama seperti pasien
- 2. Penyakit yang diturunkan oleh keluarga pasien mengalami gejala yang sama dengan penyakit yang dialami pasien
- 3. Penyakit yang diturunkan oleh keluarga pasien mengalami gejala yang sama dengan penyakit yang dialami pasien

- f. riwayat
 1. Perburukan rumah dan lingkungan pasien merupakan rumah dan lingkungan bersih
 2. Keanggotaan terdapat bahaya - pasien mengatakan tidak ada

2. POLA KESEHATAN FUNKSIONAL (DATA FOKUS)

- a. Pola persepsi dan pelaksanaan kesehatan
- 1. Mengetahui pola yang dipahami pasien tentang kesehatan dan bagaimana kesehatan yang dikelola
 - sebelum sakit: Pasien mengatakan kurang menjaga kebersihan
 - sesudah sakit: Pasien mengatakan lebih menjaga kebersihannya
- 2) Persepsi pasien tentang kesehatan dan

→ Sebelum sakit: klien mengatakan tidak mengetahui gejala
→ Setelah sakit: klien mengatakan lebih mengerti tentang kesehatan

3) Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya
→ Sebelum sakit: klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit dan perawatannya
→ Setelah sakit: klien mengatakan sedikit lebih mengerti

4) Upaya yang bisa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
→ Sebelum sakit: klien mengatakan bisa sedikit hanya membeli obat di warung
→ Setelah sakit: klien mengatakan menjaga kesehatan dengan cara memperhatikan kesehatan di rumah

5) Kemampuan klien untuk mengontrol kesehatan
→ Sebelum sakit: klien mengatakan tidak pernah di periksa
→ Setelah sakit: klien mengatakan sudah mengontrol ke klinik

6) Kelelahan klien
→ Sebelum sakit: klien mengatakan tidak mengonsumsi obat warung
→ Setelah sakit: klien mengatakan sudah mengonsumsi obat yang di berikan

7) Faktor kelelahan dan stress
→ Sebelum sakit: klien mengatakan sangat sehat
→ Setelah sakit: klien mengatakan stress sangat

8) Pola nutrisi
→ Pola makan
→ Sebelum sakit: klien mengatakan makan nasi, sayur, ikan, telur, susu, jus, dll
→ Setelah sakit: frekuensi makan sedikit berkurang jenis makanan lain pasti dll

9) Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan/misalnya
Klien mengatakan saat sakit sangat mempengaruhi pola makan dan umumnya saat ini harus lebih banyak

10) Makanan yang disukai klien / pantangan / makanan tertentu yang menyebabkan alergi, apakah makanan yang di larang
Klien mengatakan tidak boleh makan pedas dan pasta tidak boleh alergi

11) Kelelahan kapalan dan kebudayaan yang di anut yang mempengaruhi



a) Pola BAB = Setelah Saabul - Setelah bangun, merasa senang tercapai hal-hal yang diinginkan
 = Sebelum Saabul 1-3 = Pekar: warna kuning
 b) Adanya perubahan dalam kebiasaan BAB: feses berpasang-kelompok

a) Pola BAB = Setelah Saabul: 1-6x sehari
 Sebelum Saabul: 1-6x sehari, masih sama

2. Pola aktivitas dan latihan

- 1) Kegiatan dalam pekerjaan = Mula-mula mengatakan sudah berhenti kerja
- 2) Olahraga yang dilakukan = Mula-mula mengatakan tidak ada
- 3) Rutinitas beraktivitas = Mula-mula mengatakan aktivitas terganggu
- 4) Pergeseran tubuh =
- 5) Perawatan diri = Mula-mula mengatakan di bantu oleh keluarga
- 6) Berbagus = Sebelum Saabul = Mula-mula mengatakan sendiri tanpa

7) Kelelahan = Setelah Saabul = Mula-mula mengatakan di bantu oleh keluarga
 Sebelum Saabul = Mula-mula mengatakan sendiri tanpa bantuan keluarga

8) Mudah merasa lelah = Mula-mula mengatakan merasa kelelahan
 Setelah Saabul = Mula-mula mengatakan merasa banyak

9) Pola Istirahat dan tidur = Sebelum Saabul = Mula-mula mengatakan tidak ada
 Setelah Saabul = Mula-mula mengatakan ada yang berubah

10) Kelelahan tidur = Sebelum Saabul = Mula-mula mengatakan terganggu
 Setelah Saabul = Mula-mula mengatakan terganggu

11) Pola Keaktifan = Sebelum Saabul = Mula-mula mengatakan terganggu
 Setelah Saabul = Mula-mula mengatakan terganggu

12) Kemampuan kognitif (kemampuan mengingat, berfikir dan memahami pesan yang diterima, pengambilan keputusan yang bersifat sementara)
 Mula-mula mengatakan berbicara dan menerima pendapat dan orang lain

13) Kelelahan yang dialami (sering pusing, asidurannya, Sensitifitas terhadap nyeri dan panas/dingin)
 Mula-mula mengatakan pusing/dingin



- 4) Perawat terlewat beri dengan menggunakan peralatan P. O. U. S. T
 - P = Adanya fungsi ginjal
 - Q = Mien seperti di feses - feses
 - R = Mien pada bagian perut sebelah kanan
 - S = Skala 4
 - T = Saat beraktivitas

d) Pola persepsi diri dan konsep diri

1) Persepsi diri

Gejala emosi: klien mengalami saat ini hanya ingin sembuh dan cepet pulang

2) Konsep diri

a) Cita diri/body image tidak ada pengaruh persepsi klien terhadap tubuhnya selama sakit

b) Identitas tidak klien selama melakukan perawatan

c) Peran sebagai kepala keluarga

d) Ideologi klien ingin sembuh agar segera sembuh dan melanjutkan kerja sebagai perawat

e) Harapan klien tidak menaruh rasa takut dan Merendahkan diri yang sedang dialami

e) Pola Manajemen caring

1) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan

Pasien mengambil keputusan dengan isteri dan anaknya

2) Yang dilakukan jika menghadapi masalah

Mencarakan keluarga

3) Bagaimana dalam klien dalam mengatasi masalahnya selama klien terlibat terung dan tetap berdo'a untuk febaikkan

4) Menuntut klien apa yang dapat dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman

Perawat selalu memberikan yg terbaik

f) Pola seksual - Reproduksi

Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual

Pasien cukup memahami tentang fungsi seksualnya

3) Akibat gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi

Tidak ada pasien tidak menggunakan alat kontrasepsi

- 3) Apakah pernahkah selama melakukan aktivitas seksual tidak ada Penyakit yang berhubungan dengan seksuai
- 4) Pengobatan pada perempuan terinfeksi pada HIV dengan masalah tumor atau keganasan sistem reproduksi. tidak ada
- 5) Riwayat menopause
- 6) Riwayat kehamilan
- 7) Riwayat fertilitas ginekologi misal pap smear

- g. Pola Peran - Berhubungan dengan orang lain
 - 1) Mengikuti bagaimana hubungan pasien dengan orang lain
 - Hubungan pasien dengan keluarga baik - baik saja
 - a) Kemampuan pasien dalam berinteraksi
 - Saya merasa senang dan mampu berinteraksi dengan baik
 - b) Sapa yang terlibat dan apa yang diperoleh pada diri
 - keluarga, teman, dan masyarakat
 - a) Apakah ada keterbatasan dalam berinteraksi masalah
 - tidak ada

- h. Pola Nilai dan Keyakinan
 - 1) Bagaimana klien mengartikan kegiatan agama atau kepercayaan
 - Pasien selalu shalat 5 waktu
 - a) Masalah yang berkaitan dengan keyakinan tersebut selama
 - tidak ada
 - Pasien mengutamakan kembali beraktivitas seperti biasanya
 - b) Apakah keyakinan atau kepercayaan yang dipegang pasien yang berkaitan dengan kesehatan
 - tidak ada
 - a) Apakah pertimbangan nilai / keyakinan / kepercayaan terhadap penyakit yang dialami
 - tidak ada

5. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

- a. Inspeksi
- b. Palpasi

- c Vital Sign
 - TD 113/60mmHg
 - M = 91 x/menit
 - S = 36.0°C
 - RR = 18 x/menit
- d Kepala: Bentuk - mesocephal
rambut pendek beruban, bersih
- e Mata: Terlihat sayu, kemampuan penglihatan normal, pupil
mengkilip jika terkena cahaya, kornea jernih anemis
- f Hidung: Tidak ada nafas ruyung hidung, terlihat bersih
- g Telinga
bersih, tidak ada infeksi, tidak memakai alat bantu
- h Mulut dan tenggorokan
Mulut sedikit kemerahan, gingivitis
- i Dada: Inspeksi: tidak ada distensi, perkusi: sonor
tidak ada benjolan
- j Abdomen: Inspeksi: warna kulit sawo matang, tidak ada tenderness
auskultasi: bising usus normal, tidak ada gurgling, palpasi: tidak bengkak
- ke genitalia
tidak ada lesi, kanker
- M Ekstremitas: tidak ada edema
- N Inspeksi kulit, kulit
kulit sawo matang, bersih tidak ada edema
- o Capillary refill
- p Kemampuan berfungsinya
tidak memakai alat bantu hanya di bantu oleh keluarga
- q) Terpasang infus
RL 20 tpm
- o kulit
kulit bersih, warna sawo matang, tidak ada edema, tangan
sebelah kanan terpasang infus
- 4. DATA PEMUNJANG
 - a. Hasil Pemeriksaan Penunjang
 - 1. Pemeriksaan laborat
 - Darah rutin (Hb, leukosit, trombosit)
 - ureum/creatinin
 - GDT

- c Vital Sign
 - TD 113/60mmHg
 - M 91 x/menit
 - S 36.0°C
 - RR 18 x/menit
- d Kepala: Bentuk - mesocephal
rambut pendek beruban, bersih
- e Mata: Terlihat sayu, kemampuan penglihatan normal, pupil
mengkilip jika terkena cahaya, konjungtiva anemis
- f Hidung: Tidak ada nafas ruyung hidung, terlihat bersih
- g Telinga
bersih, tidak ada infeksi, tidak memakai alat bantu
- h Mulut dan tenggorokan
Mulut sedikit kemerahan, gingivitis
- i Dada: Inspeksi: tidak ada distensi, perkusi: sonor
tidak ada benjolan
- j Abdomen: Inspeksi: warna kulit sawo matang, tidak ada tenderness
auskultasi: bising usus normal, tidak ada gurgling palpasi: tidak bengkak
- ke genitalia
tidak ada lesi, kanker
- M Ekstremitas: tidak ada edema
- o Kulit
kulit sawo matang, bersih tidak ada edema
- p Capillary refill
- q Kemampuan berfungsinya
tidak memakai alat bantu hanya di bantu oleh keluarga
- r Terpasang infus
RL 20 tpm
- s Kulit
kulit bersih, warna sawo matang, tidak ada edema, tangan
sebelah kanan terpasang infus
- 4. DATA PEMUNJANG
 - a Hasil Pemeriksaan Pemunjang
 - 1. Pemeriksaan laborat
 - Darah rutin (Hb, leukosit, trombosit)
 - ureum/creatinin
 - GDT

- EKG
- foto

Pemeriksaan Hematologi	Hasil	Nilai Rujuk	Satuan	Keberangan
Hemoglobin	11.5	13.2-17.3	g/dl	
Hematokrit	34.2	38.0-48.0	%	
Leukosit	11.146	3.80-10.80	ribu/ μ l	
trombosit	4.478	150-400	ribu/ μ l	
gugur darah / μ l	0 / μ l			

PTT				
PT		11.3-11.4		defisit
PT (kontrol)		11.3		defisit
APTT				
APTT	16.8	28.2-34		defisit
APTT (kontrol)	17.1	28.2-34		defisit
Kemula Lahir				
Bleeding Time	11.5	10-15		mg/dl
Ureum	10.5	10-20		mg/dl
Creatinin	1.1	0.7-1.2		mg/dl
Albumin				
Albumin	4.21	3.40-4.00		g/dl

6. diet 40% (Pemberian makanan dalam bentuk cair)



B. ANALISA DATA

Tgl/jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TID
24/01/21	<p>Dx: Klien mengatakan nyeri di bagian perut sebelah kanan</p> <p>DO: Klien terlihat sedang menahan nyeri</p> <p>TD: 113 / 80 x 60 mmHg</p> <p>M: 91 x /menit</p> <p>S: 36,0°C</p> <p>RR: 18 x /menit</p>	Nyeri akut	Agen pencacera fisik	2/2
27/01/21	<p>Dx: Klien mengatakan susah untuk bergerak dan tidak bisa beraktivitas</p> <p>DO: Klien terlihat kebingungan dan kesulitan untuk bergerak</p>	Intoleransi aktivitas	Kelainan fisik	
28/01/21	<p>Dx: Klien mengatakan khawatir dengan kondisinya</p> <p>DO: Klien terlihat gelisah dan bingung</p>	Anxietas	kurang terpapar informasi	

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Dx I : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencacera fisik ditandai dengan klien mengatakan nyeri di perut sebelah kanan
- Dx II : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelainan fisik di tandai dengan klien mengatakan sulit untuk bergerak dan tidak bisa beraktivitas
- Dx III : Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi ditandai dengan klien mengatakan khawatir dengan kondisinya.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Tgl	Da	Tujuan	Intervensi	Ttd
1.	22/01/21	I	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: - keluhan nyeri menurun - kebutuhan tidur menurun	-identifikasi skala nyeri -identifikasi faktor yang memperberat atau memperingan nyeri -berikan teknik nonfarmakologis -fasilitasi istirahat dan tidur -Telaskan Strategi meredakan nyeri -Anjurkan teknik relaksasi fisiologis untuk mengurangi rasa nyeri	2/td
2.	23/01/21	II	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: -kebutuhan akan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat -Dronen lebih aktif -Membantu	-identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mempengaruhi keaktifan dan ketidakefektifan dalam melakukan aktivitas -berikan aktivitas di rumah yg menyenangkan -Anjurkan aktivitas secara bertahap -kuta. Garesi dengan ahli gizi	2/td
3.	20/01/21	III	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil -Perilaku gelisah menurun -Perilaku tegang menurun	-identifikasi kesediaan, kemampuan, dan ketuntasan sebelumnya -gunakan pendekatan Longgar -Anjurkan posisi nyaman -Anjurkan relaksasi dan merasakan sensasi relaksasi	2/td

GELATIR

E IMPLEMENTASI

No	Dx	Implementasi	TTO
1.	I	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan skala nyeri - Menanyakan faktor yang memperburuk nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologis - Memfasilitasi istirahat dan tidur - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	3da
2.	U	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan apakah gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan - Memantau tanda-tanda ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas - Memberikan aktivitas distraksi untuk mengalihkan perhatian pasien untuk berjalan secara perlahan - Mengkonsultasikan dengan ahli gizi 	3da
3.	III	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan keadaan kemampuan dan penggantian teknik sebelumnya - Mengajarkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar - Mempasikan pasien dengan nyaman - Mengajarkan relaksasi dan merasakan sensasi relaksasi 	3da

Hari Kedua

Tgl / Jam	Dx	Catatan Perkembangan	TTO
27/01/21	I	<p>S: Pasien mengatakan nyeri di perut bagian kanan berdurasi</p> <p>O: Pasien terlihat sedang sakit menahan nyemyn</p> <p>TD: 113/80 mmHg</p> <p>S: 36.5°C</p> <p>M: 92/menit</p> <p>HR: 18/menit</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi</p>	2/pts
27/01/21	II	<p>S: Pasien mengatakan sulit untuk bergerak dan tidak beraktivitas</p> <p>O: Pasien terlihat berbaring dengan menggerakkan kakinya</p> <p>A: masalah intoleransi aktifitas teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi Monitor vitalis dan haididat keamanan selama perawatan</p>	2/pts
27/01/21	III	<p>S: Pasien mengatakan kramakan diingnya lebih berkurang</p> <p>O: Pasien terlihat lebih tenang dan rileks</p> <p>A: Masalah Ansietas teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi relaks dan meredakan Sensasi relaksasi</p>	2/pts

CELANO

Plan Keperawatan

Tgl/jam	Dx Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTO
18/01/21	I	<p>S: Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang</p> <p>O: Pasien terlihat sudah tidak lagi menahan nyeri</p> <p>IO = 13/20 mmHg</p> <p>S = 36,0°C</p> <p>M = 91x/menit</p> <p>RO = 18x/menit</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>Skala 3</p> <p>P: Pertahankan intervensi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>	2/da
19/01/21	II	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa bergerak dengan sendiri</p> <p>O: Pasien terlihat sedang duduk sambil mengerjakan faksiya</p> <p>A: masalah intervensi aktivitas teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan aktivitas secara bertahap - Monitor lokasi dan frekuensi - Anjurkan selama beraktifitas 	2/da
20/01/21	III	<p>S: Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya sudah masibair</p> <p>O: Pasien tampak rileks</p> <p>A: masalah ansietas teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi nyaman - Relaks dan Merasakan sensasi relaksasi 	2/da

DAFTAR PUSTAKA

- Barata, I. G. N. P. N. Y., Sueta, M. A. D., & Adnyana, M. S. (2018). Hubungan Antara Kadar Carcinoembryonic Antigen (CEA) dan Stadium Kanker Kolorektal di RSUO Sanglah Tahun 2016-2017. *E-Jurnal Medika*, 7(12), 1–5.
- DEWI, M. (2017). Sebaran Kanker di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar 2007. *Indonesian Journal of Cancer*, 11(1), 1–8.
<https://doi.org/10.33371/ijoc.v11i1.494>
- Kemenkes RI. (2016). Panduan Penatalaksanaan Kanker kolorektal. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 76.
- Masrul, M. (2018). Pengaruh Konsumsi Serat Dengan Pengurangan Risiko Kanker Kolon Di Negara Barat: Studi Meta Analisis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 12(2), 97. <https://doi.org/10.24893/jkma.v12i2.473>
- Padang, M. S., & Rotty, L. (2020). Adenokarsinoma Kolon: Laporan Kasus. *E-CliniC*, 8(2), 229–236. <https://doi.org/10.35790/ecl.8.2.2020.30539>
- Pajong, yustinus edang. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. J.M. Dengan Diagnosa Medik Kanker Usus Di Ruang Asoka Rsud Prof.Dr.W.Z.Johanes Kupang*, *Jurnal Kesehatan Kemenkes Kupang* (No. 5; 6).
- Pratama, K. P., & Adrianto, A. A. (2019). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kanker Kolorektal Stadium Iii Di Rsup Dr Kariadi Semarang. *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 8(2), 768–784.
- Rahayu, N. P., Dahlan, S., & Soerjowinoto, P. (2017). Penyelenggaraan Rekam Medis Pada Pelayanan Kesehatan Bakti Sosial Oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung. *Soepra*, 2(2), 165.
<https://doi.org/10.24167/shk.v2i2.819>
- Rahayuwati, L., Ibrahim, K., & Komariah, M. (2017). Pilihan Pengobatan Pasien Kanker Payudara Masa Kemoterapi: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan*

Indonesia, 20(2), 118–127. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i2.478>

rambe, F. adelina. (2019). *Menentukan Diagnosa Prioritasa Dalam Asuhan Keperawatan*. 181101026. <https://doi.org/10.31227/osf.io/agxet>

Rizki, K. P., Rochmah, W. W., Cempaka, N. G., Hartono, S., & Fajrin, F. A. (2015). Aktivitas Antikanker Pektin Kulit Buah Kakao Terhadap Jumlah Sel Goblet Kolon. *Indonesian Journal of Pharmaceutical Science and Technology*, 2(Vol 2, No 3 (2015)), 75. <http://jurnal.unpad.ac.id/ijpst/article/view/7903>

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

Smart Pasien. (2017). Kanker Usus Besar. *Bowel Cancer*, 1–8.

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

Wina winanda. (2013). *Asuhan keperawatan pada Tn. J.M dengan kanker usus* (No. 1; 1).

