

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN PRE OPERASI
DAN POST OPERASI TUMOR COLON DESENDEN DI RUANG
BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

ADITYA WIDIYANTO

NIM.40901900002

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN PRE
OPERASI DAN POST OPERASI TUMOR COLON DESENDEN DI
RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

ADITYA WIDIYANTO

NIM.40901900002

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2022**

SURAT PERTANYAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah 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 saksi yang diajukan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN PRE OPERASI
DAN POST OPERASI TUMOR COLON DESENDEN DI RUANG
BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Aditya Widiyanto

Nim : 40901900002

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

Hari : Kamis

Tanggal : 2 Juni 2022

Pembimbing

Ns. M Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN : 06-2708-8403

HALAMAN PENGESAHAN

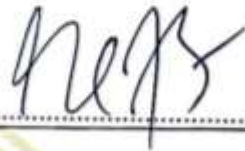
Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 23 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 23 Agustus 2022

Penguji I

Dr.Ns.Dwi Retno S.M.Kep.,Sp.KMB

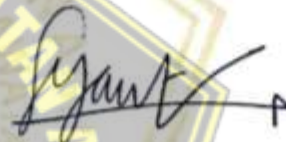
NIDN. 06-0203-7603



Penguji II

Ns.Suyanto,M.Kep.,Sp.KMB

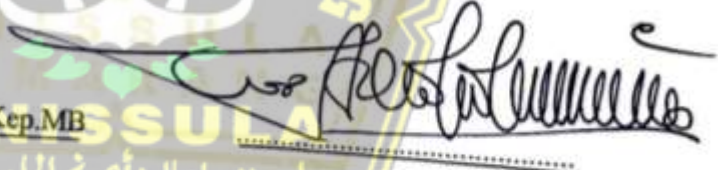
NIDN. 06-2006-8504



Penguji III

Ns. M Arifin Noor,M.Kep.,Sp.Kep.MB

NIDN. 06-2708-8403



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardiani, SKM, M.Kep

NIDN.06-2208-7403

MOTTO

Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap. (QS. Al-Insyirah,6-8).



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan pre operasi dan post operasi tumor colon desenden di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari semua pihak secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. M Arifin Noor, M.Kep.,Sp.KMB, selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis, serta memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.
5. Seluruh Dosen Pengajar serta Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis dalam menempuh studi.
6. Dosen wali saya ibu Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep.,Sp.Kep.Mat yang selalu memotivasi saya untuk menjadi mahasiswa yang baik.
7. Kepada kedua orang tua saya yang tidak pernah lelah memberi semangat, dukungan, motivasi, perhatian dan kasih sayang serta mendoakan penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

8. Kepada teman-teman DIII Keperawatan 2019 dan rekan saya yang telah membantu saya dan memberi semangat dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, baik dari segi materi maupun teknik penulisan karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Maka dengan itu kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERTANYAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II.....	4
KAJIAN PUSTAKA.....	4
A. Konsep Dasar Penyakit	4
1. Pengertian.....	4
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi.....	5
4. Manifestasi Klinis.....	6
5. Pemeriksaan Diagnostik	7
6. Komplikasi	8
7. Penatalaksanaan Medis.....	9
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN	10
1. Pengkajian Keperawatan	10
2. Diagnosa Keperawatan.....	12
3. Intervensi Keperawatan	16
4. Pathways.....	21

.....	21
BAB III.....	23
RESUME ASUHAN KEPERAWATAN	23
A. Pengkajian Keperawatan.....	23
1. Data Umum	23
2. Status kesehatan saat ini	23
B. Pola Kesehatan Fungsional(Data Fokus)	24
C. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe).....	28
D. Data Penunjang	29
Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium.....	29
E. Analisa Data.....	30
F. Intervensi Keperawatan.....	32
G. Implementasi Keperawatan.....	33
H. Evaluasi Keperawatan.....	37
BAB IV	41
PEMBAHASAN	41
A. Pengkajian Keperawatan.....	41
B. Diagnosa Keperawatan.....	41
C. Diagnosa yang mungkin muncul.....	49
BAB V.....	52
PENUTUP.....	52
A. Kesimpulan	52
B. Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN	59
A. Asuhan keperawatan	59
B. Lampiran Surat Kesiediaan Pembimbing.....	91
C. Lampiran Surat Keterangan Konsultasi	92

D. Lampiran Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah 93



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan aspek terpenting dalam kehidupan untuk menunjang berjalannya aktivitas secara optimal dengan kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan penyakit. Dalam upaya mencapai standar kesehatan yang baik maka diperlukan adanya proses pengelolaan lingkungan sekitar dan aktivitas harian yang tercermin dalam gaya hidup sehat masyarakat yang menjunjung tinggi aspek-aspek kesehatan seperti pengelolaan kebersihan dan kesehatan lingkungan, menjaga kebugaran fisik dan psikis dan pemberian asupan nutrisi yang cukup, sehingga tercapai standar kesehatan yang baik (Susanti & Kholisoh, 2018).

Era globalisasi saat ini, tumor usus besar merupakan penyakit ketiga yang dapat membunuh manusia dan merupakan masalah yang sangat serius yang memerlukan penanganan yang tepat oleh dokter pada tahap ini. Tumor kolon merupakan salah satu jenis tumor yang paling mematikan. Tumor usus besar adalah bentuk ganas dari usus besar, rektum, dan usus buntu (Buchari, 2018).

Jumlah masalah tumor kematian dalam tahun 2021 di Amerika (Pada tahun 2021, diperkirakan akan terdapat 1,9 juta masalah tumor baru yang terdiagnosis & 608.570 kematian dampak tumor) (World Cancer Research Fund, 2021).

Sebagai negara berkembang, Indonesia memiliki prevalensi tumor sebesar 1,4 ribu, dengan prevalensi tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta 4,1%, Jawa Tengah 2,1% atau 68.638, dan Bali 2% (Retnaningsih et al., 2022).

Gejala yang dapat terjadi dengan tumor ini termasuk sakit perut, perubahan pola buang air besar, adanya tinja berdarah, dan massa di perut.

Rasa sakit pada pasien tumor bersifat kronis. Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi secara tiba-tiba atau lambat dan berlangsung lebih dari 3 bulan, dari ringan sampai berat (Munawaroh, 2018).

Penatalaksanaan nyeri terdiri dari terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Pengobatan nyeri farmakologis terdiri dari tiga kelompok: analgesik non-opioid, analgesik opioid, dan adjuvant. Namun, pengobatan farmakologis dapat menyebabkan efek samping seperti kecanduan, mual, muntah dan sembelit. Oleh karena itu, perlu adanya terapi nonfarmakologi yang dapat meredakan nyeri tanpa menimbulkan efek samping, salah satunya adalah teknik relaksasi (Benjamin, 2019).

Peran perawat dalam dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu dengan membantu pasien mengetahui tentang tindakan-tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pada pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami oleh pasien selama proses operasi, menunjukkan tempat kamar operasi, mengkoreksi pengertian yang salah tentang tindakan pembedahan dan hal-hal lain karena pengertian yang salah akan menimbulkan kecemasan pada pasien, kolaborasi dengan dokter terkait dengan pemberian obat pre medikasi. Pemantauan berkelanjutan dilakukan yaitu memantau kondisi pasien berupa pemantauan tingkat nyeri, kondisi luka, posisi tempat tidur, penggantian cairan, rehabilitasi, aktifitasnya, dan nutrisinya. Nyeri yang timbul akibat dari operasi maka seorang perawat dapat memberikan terapi non farmakologi seperti tarik nafas dalam (Wandoko, T., & Suryadi, 2017).

Studi kasus yang telah dilakukan oleh penulis mengenai tumor kolon maka penulis tertarik menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan *pre operasi* dan *post operasi* tumor kolon.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menjelaskan tentang asuhan keperawatan pada klien yang mengalami pre dan post laparotomy dengan indikasi Tumor Kolon Desenden

2. Tujuan Khusus

1. Menjelaskan konsep medis (penyakit) Tumor Kolon
2. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan Tumor Kolon
3. Menganalisa kasus dengan teori tumor kolon pre dan post

C. Manfaat Penulisan

1. Institusi Pendidikan

Untuk mengetahui konsep dasar, pengertian, penyebab, tanda, dan gejala, komplikasi, serta bagaimana penatalaksanaan dari tumor kolon, dan dapat mengaplikasikannya.

2. Profesi Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan pembaharuan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan tumor kolon.

3. Lahan Praktik Rumah Sakit

Sebagai sumber referensi baru dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan tumor kolon.

4. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan dan informasi bagi masyarakat tentang penyakit tumor kolon dan penatalaksanaan pada klien dengan tumor kolon.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Tumor adalah kumpulan sel yang tumbuh hanya di satu bagian tubuh dan tidak menyerang jaringan di sekitarnya. Perbedaan antara kanker dan tumor adalah bahwa sel kanker tumbuh lebih cepat dari pada sel tumor tumbuh. Kanker dapat menyebar ke bagian lain dari tubuh, tetapi tumor hanya tumbuh dan menetap. Hanya bagian dari tubuh dan tempat kekambuhan tumor biasanya di bagian tubuh yang sama dengan pertumbuhan tumor sebelumnya, tetapi kekambuhan tumor dapat terjadi di bagian tubuh mana pun (Anggini, 2019). Penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak terkendali di lapisan epitel usus besar. tumor usus besar adalah tumor paling umum ketiga di Amerika Serikat dalam hal insiden dan kematian (Susanty et al., 2018).

Tumor usus besar disebabkan oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal disebabkan oleh mutasi genetik pada sel, dan faktor eksternal disebabkan oleh pola makan sehari-hari yang tidak tepat. Faktor internal hanya menyebabkan 5-10% kasus tumor usus besar, sedangkan 90-95% kasus tumor usus besar bersifat modern, dengan sedikit faktor eksternal: serat dan senyawa bioaktif dan banyak makanan hewani disebabkan oleh pola makan (Winda Nurtiana et al., 2018).

Jadi dapat disimpulkan bahwa tumor kolon adalah penyakit yang menyerang usus besar yang terjadi akibat sel tumor tumbuh di usus besar tidak terkendali akibat pola makan hewani yang tidak terkendali sehingga tidak dapat dikeluarkan.

2. Etiologi

Beberapa orang berisiko tinggi terkena tumor kolon. Beberapa faktor risiko ini tidak dapat diperbaiki, seperti usia 50 dan lebih tua, riwayat polip, riwayat infeksi usus (kolitis ulserativa atau penyakit Crohn), riwayat keluarga atau kanker usus besar polip¹⁵. Faktor risiko lainnya adalah gaya hidup yang tidak sehat, yang dapat meningkatkan risiko tumor usus besar pada remaja di bawah usia 40 tahun. Salah satunya terlalu banyak mengonsumsi daging tanpa lemak dan olahan.

Karena itu, untuk mencegah kanker usus besar, perlu membatasi makanan berlemak, seperti daging tanpa lemak. Merokok juga merupakan faktor risiko kanker kolorektal. Diperkirakan satu dari lima kasus kanker usus besar di Amerika Serikat berhubungan dengan merokok. Merokok dikaitkan dengan peningkatan risiko pengembangan adenoma dan peningkatan risiko mengubah adenoma menjadi tumor usus besar. Faktor risiko lainnya adalah konsumsi alkohol. Usus mengubah alkohol menjadi asetaldehid, meningkatkan risiko tumor usus besar. Dianjurkan untuk mengonsumsi buah dan sayuran yang mengandung probiotik karena kandungan seratnya mengikat partikel makanan, membuat tinja lebih berat dan lebih mudah dibuang (KEMENKES RI, 2019).

3. Patofisiologi

Kebanyakan tumor kolon adalah adenokarsinoma yang muncul dari polip adenomatosa. Walaupun insiden tumor pada kolon kanan meningkat, tumor ini masih sering ditemukan pada rektum dan kolon sigmoid ke-16. Polip tumbuh lambat dan sebagian besar membutuhkan waktu lebih dari 510 tahun untuk menjadi kanker. Saat polip mengembang, polip mengembang di lumen dan mulai menyerang dinding usus. Tumor usus besar kanan cenderung tebal dan besar, menyebabkan nekrosis dan borok. Tumor usus kiri, di sisi lain, dimulai sebagai massa kecil yang menyebabkan borok pada suplai darah (Black, J dan Hawks, 2014) .

Pada saat gejala muncul, penyakit mungkin telah menyebar ke lapisan yang lebih dalam dari jaringan usus dan organ yang berdekatan. Kanker usus besar menyebar dengan menyebar langsung ke permukaan usus besar di sekitarnya, jaringan sub mukosa, dan dinding luar usus besar sedangkan tumor hanya menetap. Struktur yang berdekatan seperti hati, kelengkungan lambung, duodenum, usus kecil, pankreas, limpa, alat kelamin, dan dinding perut juga dapat dipengaruhi oleh peregangan. Metastasis kelenjar getah bening regional sering disebabkan oleh penyebaran tumor. Tanda ini tidak selalu ada. Kelenjar di daerah tersebut masih normal, meskipun kelenjar di kejauhan mungkin terpengaruh. Sel kanker pada tumor primer dapat menyebar ke area sekunder seperti hati, paru-paru, otak, tulang, dan ginjal melalui sistem limfatik dan peredaran darah. "Penyebaran" tumor ke daerah lain dari rongga perut dapat terjadi ketika tumor menyebar melalui serosa atau selama reseksi bedah (Black, J dan Hawks, 2014).

4. Manifestasi Klinis

Gejala sangat ditentukan oleh lokasi tumor, tahap penyakit, dan fungsi segmen usus, tempat tumor berlokasi, gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan. Gejala yang saling berhubungan dengan lesi sebelah kanan adalah nyeri dangkal abdomen dan melena. Gejala yang sering berhubungan dengan lesi sebelah kiri adalah yang berhubungan dengan obstruksi (nyeri abdomen dan kram, oenipisan feses, konstipasi, dan distensi). Mirip dengan adanya darah merah segar dalam tinja. Gejala yang berhubungan dengan lesi dubur termasuk keluarnya tinja yang tidak lengkap setelah buang air besar, konstipasi dan diare bergantian, dan tinja berdarah.

1. Kanker kolon kanan, isi kolon berupa cairan, obstruksi, melena, nyeri dangkal abdomen, anemia, mucus jarang terlihat, pada orang yang kurus, tumor kolon kanan mungkin dapat teraba, tetapi jarang pada stadium awal. Penderita mungkin mengalami perasaan tidak enak pada abdomen, dan kadang – kadang pada epigastrium.
2. Kanker kolon kiri dan rectum, cenderung menyebabkan perubahan defekasi, diare, nyeri kejang, kembung, sering timbul gangguan obstruksi, feses dapat kecil dan berbentuk seperti pita, mucus ataupun darah segar sering terlihat pada feses, anemia, keinginan defekasi atau sering berkemih, gejala yang mungkin dapat timbul pada lesi rectal adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defekasi, konstipasi dan diare bergantian, serta feses berdarah (Abdullah, 2014)

5. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan laboratorium klinis

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

b. Pemeriksaan laboratorium

Patologi anatomi pemeriksaan laboratorium patologi anatomi pada kanker kolorektal adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus. Hasil pemeriksaan ini adalah hasil histopatologi yang merupakan diagnosa definitif. Dari pemeriksaan histopatologi inilah dapat diperoleh karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma di kolorektal ini.

c. Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan yaitu foto polos abdomen atau menggunakan kontras. Teknik yang sering digunakan adalah dengan memakai double kontras barium enema, yang sensitifitasnya mencapai 90% dalam mendeteksi polip yang berukuran lebih dari 1 cm. Teknik ini jika digunakan bersama-sama sigmoidoskopi, merupakan cara yang hemat biaya sebagai alternatif pengganti kolonoskopi untuk pasien yang tidak dapat mentoleransi kolonoskopi, atau digunakan sebagai pemantauan jangka panjang pada pasien yang mempunyai riwayat polip atau kanker yang telah di eksisi.

d. Kolonoskopi

Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi dilakukan saluran pencernaan dengan menggunakan alat kolonoskop, yaitu selang lentur berdiameter kurang lebih 1,5 cm dan dilengkapi dengan kamera. Kolonoskopi merupakan cara yang paling akurat untuk dapat menunjukkan polip dengan ukuran kurang dari 1 cm dan keakuratan dari pemeriksaan kolonoskopi sebesar 94%, lebih baik daripada barium enema yang keakuratannya hanya sebesar 67% (Sayuti & Nouva, 2019).

6. Komplikasi

Komplikasi awal yang dapat terjadi adalah sumbatan (obstruksi) saluran cerna. Sumbatan tersebut tentu akibat tumor yang memenuhi saluran usus. Adanya sumbatan tersebut menyebabkan penderitanya mengalami konstipasi dan nyeri perut. Selain obstruksi, tumor juga dapat menyebabkan usus mengalami kebocoran (perforasi). Perforasi usus dapat

menimbulkan gejala yang berat seperti nyeri perut hebat, perut terlihat membesar dan tegang, muntah, serta infeksi berat.

Tidak berhenti di situ, kanker usus juga dapat menimbulkan perdarahan. Hal tersebut dapat terjadi bila tumor berada di sekitar rektum, salah satu bagian terakhir usus besar. Perdarahan tumor dapat menyebabkan penderitanya kehilangan darah yang cukup banyak, sehingga menimbulkan anemia (kekurangan sel darah merah).

Komplikasi lain dari kanker usus adalah penyebaran sel tumor ke organ yang lain. Proses yang disebut metastasis ini lazim terjadi pada berbagai jenis kanker, terutama yang sifatnya ganas. Organ tubuh yang sering menjadi sasaran metastasis sel kanker usus adalah kelenjar getah bening, paru, dan selaput rongga perut. Metastasis dapat menimbulkan gejala sesuai organ yang terkena, misalnya benjolan di sekitar leher, sesak napas, dan nyeri perut serta perut yang semakin membesar (Timurtini, 2019).

7. Penatalaksanaan Medis

a. Farmakologi

Pemberian obat-obat antibiotik menjadi salah satu tindakan yang bertujuan untuk menghambat infeksi pada usus akibat adanya obstruksi, selain itu juga diperlukan pemberian antiemetik untuk mengurangi gejala mual dan muntah pemberian laksatif sebagai obat untuk mengatasi konstipasi.

b. Pembedahan

Pembedahan sering diperlukan untuk menghilangkan obstruksi. Salah satu intervensi bedah adalah laparotomi. Laparotomi adalah tindakan medis berupa prosedur pembedahan di mana probe dimasukkan ke dalam lapisan dinding perut untuk mencapai bagian organ yang bermasalah, seperti obstruksi usus. Hal ini dilakukan pada pasien yang mengalami trauma abdomen,

perdarahan gastrointestinal, nyeri abdomen akut, nyeri abdomen kronis, dan pada kondisi klinis intraabdomen yang memerlukan masalah pascaoperasi seperti nyeri pascaoperasi laparotomi. Nyeri perut pasien pasca operasi adalah salah satu jenis nyeri yang dimulai dengan cepat karena kerusakan pada penutup kulit dan berlangsung dalam waktu singkat dengan intensitas yang intens. Oleh karena itu, diperlukan penanganan nyeri yang sangat baik berupa terapi pijat tangan yang dapat menimbulkan relaksasi yang berdampak positif terhadap pereda nyeri.

c. Terapi Radiasi

Terapi radiasi masih menjadi pilihan bagi tumor atau beberapa spesialis onkologi, radiasi dapat digunakan untuk membunuh tumor, mengurangi ukurannya, menurunkan nyeri, atau meredakan obstruksi (Silpia, 2021).

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di pasien untuk menentukan dan mengetahui masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Doenges et al., 2019).

a. Identitas

Pengkajian identitas baik pada pasien maupun penanggung jawab berupa nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk.

b. Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan saat dilakukan pengkajian awal. Pada kasus ini umumnya pasien akan merasakan nyeri pada abdomen secara terus menerus tegang dan kaku, mual muntah dan demam.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian yang berkaitan dengan kasus ini umumnya dilakukan dengan pendekatan PQRST :

P : paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri

Q : Kualitas/Quantitas yaitu frekwensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri

R : Regio/tempat yakni lokasi sumber dan penyebarannya

S : Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T : Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan

d. Riwayat penyakit dahulu

Dilakukan untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami penyakit sistem pencernaan atau pernah melakukan operasi pada sistem pencernaan.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Dilakukan untuk mengetahui apakah anggota keluarga mempunyai penyakit yang sama.

f. Pola kesehaarian

Pola nutrisi (konsumsi makanan dan minum keseharian yang dapat mempengaruhi penyakit tersebut), pola aktivitas (pekerjaan sehari yang dilakukan oleh klien), pola eliminasi (keluhan terjadinya konstipasi atau tidak, warna, frekuensi, tekstur).

g. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum pasien meliputi tingkat kesadaran, penampilan secara umum, ekspresi wajah saat dilalukan pengkajian dan tanda-tanda vital. Pada abdomen saat dilakukan inspeksi terlihat menonjol karena adanya penyumbatan usus besar. Amati abdomen beberapa menit apakah ada obstruksi usus. Auskultasi terdengar bising usus dengan

suara normal yaitu klik dan gurgle frekuensi 25x per menit. Perkusi abdomen dengan ringan keempat kuadran perhatikan bunyi timpani. Palpasi abdomen apakah ada nyeri tekan akibat penumpukan pada usus besar, distensi abdominal. Selain adanya nyeri tekan penumpukan pada usus besar juga terdapat nyeri tekan pada pasca pembedahan (Betz, 2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI DPP PPNI diagnosa keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat respon dari pasien. Dari studi kasus diatas maka diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu :

Pre Operasi (PPNI, 2018a)

a. Nyeri Kronis (D.0078)

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan

Penyebabnya yaitu kondisi muskulosletal kronis, kerusakan sistem saraf, penekanan saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor, gangguan imunitas (mis. Neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster), gangguan fungsi metabolik, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiayaan (mis. Fisik, psikologis, seksual), riwayat penyalahgunaan obat/zat.

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh nyeri, merasa depresi (tertekan). Sedangkan gejala dan tanda mayor objektif tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas.

Gejala dan tanda minor subjektif yaitu merasa takut mengalami

cedera berulang. Sedangkan gejala dan tanda minor objektif yaitu bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri.

Kondisi klinis yang dapat terkait yaitu kondisi kronis (mis. Arthritis reumatoid), infeksi, cedera medula spinalis, kondisi pasca trauma, tumor.

b. Konstipasi (D.0149)

Konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

Penyebab fisiologis adalah penurunan motilitas gastrointestinal, ketidakadekuatan pertumbuhan gigi, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, aganglionik (mis. Penyakit Hirschsprung), kelemahan otot abdomen.

Penyebab psikologis adalah kebingungan, depresi, gangguan emosional.

Penyebab situasional adalah penurunan kebiasaan makan (mis. Jenis makanan, jadwal makan), ketidakadekuatan toileting, aktivitas fisik harian kurang dari yang di anjurkan, penyalahgunaan laksatif, efek agen farmakologis, ketidakaturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, perubahan lingkungan.

Gejala dan tanda mayor subjektif adalah defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit. Gejala dan tanda mayor objektif feses keras, peristaltik usus menurun.

Gejala dan tanda minor subjektif adalah mengejan saat defekasi. Gejala dan tanda minor objektif adalah distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal.

Kondisi Klinis yang terkait yaitu lesi/cedera pada medula spinalis, spina bifida, stroke, sklerosis multipel, penyakit parkinson, demensia, hiperparatiroidisme, hipoparatiroidisme, ketidakseimbangan

elektrolit, hemorid, obesitas, pasca operasi obstruksi bowel, kehamilan, pembesaran prostat, abses rektal, fisura anorektal, striktura anorektal, prolaps rektal, ulkus rektal, rektokel, tumor, penyakit hirsprung, impaksi feses.

c. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

Penyebabnya adalah gejala penyakit, kurang pengendalian situasional/lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis. Dukungan finansial, sosial dan pengetahuan), kurangnya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi), gangguan adaptasi kehamilan.

Gejala dan tanda mayor subjektif adalah mengeluh tidak nyaman. Gejala dan tanda mayor objektif adalah gelisah.

Gejala dan tanda minor subjektif adalah mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah. Gejala dan tanda minor objektif adalah menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas.

Kondisi klinis yang terkait yaitu penyakit kronis, keganasan, distress psikologis, kehamilan.

Post Operasi

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebabnya adalah agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor subiektif adalah mengeluh nyeri. Gejala dan tanda mayor objektif adalah tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan tanda minor subjektif adalah (tidak tersedia). Gejala dan tanda minor objektif adalah tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis yang terkait yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatik, infeksi, sindrom koroner akut, glaucoma.

b. Resiko Infeksi (D.0142)

Resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Adapun faktor risiko yaitu penyakit kronis (mis, diabetes melitus), efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: a) gangguan peristaltic, b) kerusakan integritas kulit, c) perubahan sekresi pH, d) penurunan kerja siliaris, e) ketuban pecah lama, f) ketuban pecah sebelum waktunya, g) merokok, h) statis cairan tubuh, 6) ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :

a) Perurunan hemoglobin, b) Imunosupresi, c) Leukopenia, d) Supresi respon inflamasi, e) Vaksinasi tidak adekuat.

Kondisi klinis yang terkait yaitu AIDS, luka bakar, penyakit

paru abstraktif kronis, diabetes melitus, tindakan invasive, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW), kanker Gagal ginjal, immunosupresi, lymphedema, leukositopenia, gangguan fungsi hati.

3. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri Kronis

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan nyeri kronis yaitu tingkat nyeri (L.08066), di harapkan tingkat nyeri menurun meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisan menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik pola nafas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi nyeri kronis yaitu manajemen nyeri (I.08238)

- 1) Observasi: (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 nyeri pada kualitas hidup, (g) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 2) Terapeutik: (a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, (b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (c) Fasilitasi istirahat dan tidur, (d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, (b) Jelaskan strategi meredakan nyeri, (c) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
- b. Konstipasi

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan konstipasi yaitu eliminasi fekal (L.04033), diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mencejan saat defekasi menurun, distensi abdomen menurun, terasa massa pada rektal menurun, urgency menurun, nyeri abdomen menurun, kram abdomen menurun, konsistensi feses membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi konstipasi yaitu manajemen eliminasi fekal (I.04151).

- 1) Observasi: (a) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, (b) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal, (c) Monitor buang air besar (mis. Warna, frekuensi, konsistensi, volume), (d) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi.
- 2) Teraupetik: (a) Berikan air hangat setelah makan, (b) Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien, (c) Sediakan makanan yang tinggi serat.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus, (b) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume usus, (c) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi, (d) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembedukan gas, (e) Anjurkan mengonsumsi makanan yang tinggi serat, (f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi.
- 4) Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu.

c. Gangguan rasa nyamaan

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan gangguan rasa nyaman yaitu status kenyamanan (L.08064). diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil kesejahteraan fisik meningkat, kesejahteraan psikologis meningkat, dukungan sosial dari keluarga meningkat, dukungan sosial dari teman meningkat, perawatan sesuai keyakinan budaya meningkat, perawatan sesuai kebutuhan meningkat, kebebasan melakukan ibadah meningkat, rileks meningkat, keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, kebisingan menurun, keluhan sulit tidur menurun, keluhan kedinginan menurun, keluhan kepanasan menurun, gatal menurun, mual menurun, lelah menurun, merintih menurun, menangis menurun, iritabilitas menurun, menyalahkan diri sendiri menurun, konfusi menurun, konsumsi alkohol menurun, penggunaan zat menurun, percobaan bunuh diri menurun, memori masa lalu membaik, suhu ruangan membaik, pola eliminasi membaik, postur tubuh membaik, kewaspadaan membaik, pola hidup membaik, pola tidur membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi gangguan rasa nyaman yaitu manajemen nyeri (I.08238).

- 1) Observasi: (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 nyeri pada kualitas hidup, (g) Monitor efek samping penggunaan analgetik.
- 2) Terapeutik: (a) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, (b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri,

- (c) Fasilitasi istirahat dan tidur, (d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, (b) Jelaskan strategi meredakan nyeri, (c) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
- d. Nyeri akut
- Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan nyeri akut yaitu tingkat nyeri (L.08066), diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.
- Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.08238).
- 1) Observasi: (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 nyeri pada kualitas hidup, (g) Monitor efek samping penggunaan analgetik.
- 2) Terapeutik: (a) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, (b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (c) Fasilitasi istirahat dan tidur, (d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

- 3) Edukasi: (a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, (b) Jelaskan strategi meredakan nyeri, (c) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

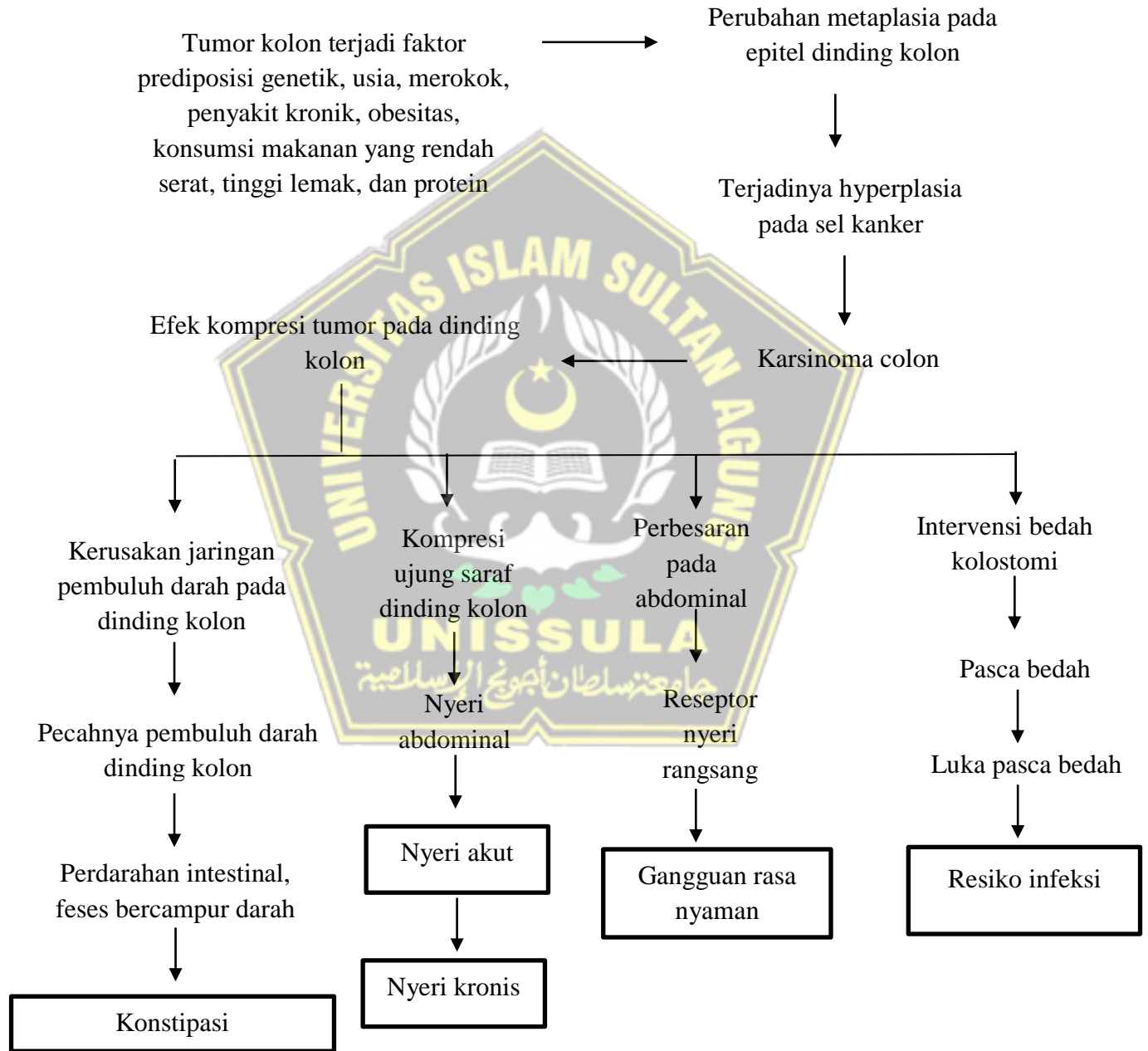
e. Resiko infeksi

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan resiko infeksi yaitu tingkat infeksi (L.14137), diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, periode menggigil menurun.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi (I.14539).

- 1) Observasi: (a) Monitor tanda gejala infeksi local dan sistemik.
- 2) Terapeutik: (a) Batasi jumlah pengunjung, (b) Berikan perawatan kulit pada daerah edema, (c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, (d) Perahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi, (b) Ajarkan cara memeriksa luka, (c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, (d) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

4. Pathways



Sumber: (Museum, 2019)&(Rompis & Dewi, 2020).



BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

Pasien bernama Tn. S umur 60 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan Petani suku bangsa Jawa/Indonesia alamat Wadak Karangaharjo Purwodadi, tanggal dan jam masuk RSI Sultan Agung 10 Januari 2020 pukul 10.00 WIB diruang Baitussalam 1 dengan diagnosa medis Tumor Colon Desenden. Pengkajian dilakukan tanggal 10 Januari 2022

Penanggung jawab bernama Tn. S, umur 34 tahun jenis kelamin laki-laki beragama Islam pendidikan terakhir SMP yang suku bangsa Jawa/Indonesia beralamat Wadak Karangaharjo Purwodadi, hubungan dengan pasien adalah Anak.

2. Status kesehatan saat ini

Pasien mengatakan nyeri. Alasan masuk rumah sakit pasien mengatakan nyeri perut kiri bawah sudah lama karena tidak bisa BAB, kemudian di periksakan ke Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi dan dirujuk ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada tanggal 10 Januari 2022 kemudian di tempatkan diruang Baitussalam 1. Faktor yang memperberat nyeri perut sudah di rasakan selama 1 tahun, timbulnya secara terus-menerus jika saat melakukan aktivitas nyeri timbul, untuk mengatasi nyeri pasien meminum obat warung dan melakukan tirah baring

1. Riwayat Kesehatan lalu

Pasien mengatakan pernah dirawat di salah satu RS di Purwodadi sebelumnya dengan indikasi dirawat yang sama yaitu nyeri di perutnya bagian kiri bawah. Pasien mengatakan sudah pernah dirawat di RS yaitu di

RS Permata Bunda dan yang kedua di RSI Sultan Agung. Pasien juga tidak pernah mengalami kecelakaan dan pasien tidak memiliki alergi baik alergi obat maupun alergi makanan

2. Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah anak ke 3 dari 10 bersaudara, istri pasien adalah anak ke 1 dari 5 bersaudara. Mereka menikah dan dikaruniai 2 orang anak, laki-laki dan perempuan. Pasien tinggal serumah dengan anak kedua beserta menantu dan cucunya. Pasien mengatakan tidak ada keluarganya yang mempunyai masalah penyakit yang sama seperti pasien. Pasien juga mengatakan tidak ada penyakit keturunan di keluarganya seperti DM ataupun hipertensi. Saat ini keluarga pasien Alhamdulillah sehat semua, hanya pasien saja yang saat ini sedang mengalami sakit.

3. Riwayat Kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan rumahnya setiap hari dalam keadaan bersih, karena selalu dibersihkan oleh istrinya. Rumahnya juga terdapat ventilasi cahaya yang cukup. Kondisi lingkungan di tempat tinggal pasien juga bersih. Kemungkinan untuk terjadinya bahaya sangat kecil, karena semuanya tertata dengan rapi.

B. Pola Kesehatan Fungsional(Data Fokus)

1. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tahu tentang penyakitnya dan setiap 1 bulan sekali control ke dokter tetapi tidak rutin. Ketika perutnya sedang sakit kadang hanya di beri obat yang di beli di apotik atau saja berbaring di tempat tidur dan di bawa ke rs terdekat.

Namun sesudah dirawat pasien mengatakan sudah tahu sakitnya kambuh karena perut terasa nyeri dari dokter terdapat tumor di bagian perut kiri bawah. Pasien ingin cepat sembuh dan tidak kambuh lagi dan bakal nurut apa kata dokter dan perawat untuk menyembuhkan sakitnya.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Pola makan

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari dengan lauk pauk dan sayuran berkuah, makanan kesukaan tahu dan tempe, tidak ada pantangan dalam makan, tidak pernah diet dan mengkonsumsi obat penambah nafsu makan, mampu menelan tidak ada anoreksia, tidak ada mual muntah, tidak ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir.

Namun saat sakit makan 3x sehari namun setiap makan hanya 3 sendok, saat sakit pasien tidak boleh makan-makanan bersantan, tidak ada keluhan anoreksia, tidak ada mual muntah

b. Pola minum

Pasien mengatakan sebelum sakit minum kurang lebih 2 liter dan suka air putih tidak pernah minum kopi, teh, atau alkohol. Namun saat sakit hanya bisa minum kurang lebih 1,5 liter air putih, terpasang infus sehari masuk 2000 ml dan diit susu 4x200ml.

3. Pola eliminasi

Eliminasi feses pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari, hitam kecoklatan, adanya kesulitan. Namun saat sakit BAB 1 minggu sekali, warna kuning, bau khas sakit saat mengejan.

Pola BAK pasien mengatakan sebelum sakit BAK 3-6 x sehari warna kuning pucat, tidak ada kesulitan. Namun saat sakit BAK 3-5 x sehari, warna kuning, tidak ada kesulitan.

4. Pola aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada kesulitan dalam bergerak, tidak ada kesulitan dalam perawatan diri, BAB 1 x dalam sehari, BAK 3-6 x dalam sehari, tidak ada keluhan sesak nafas, merasa lelah setelah melakukan aktivitas. Pasien mengatakan saat sakit ada kesulitan dalam

bergerak, adanya kesulitan dalam perawatan diri, BAB 1 x dalam seminggu, BAK 3-5x dalam sehari, tidak ada keluhan sesak nafas, merasa kelelahan setelah aktivitas.

5. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur 6 jam dalam sehari tidak ada kesulitan tidur. Pasien mengatakan saat sakit tidur hanya 5 jam dan itu terbangun karena rasa nyeri timbul.

4. Pola kognitif-perseptual sensori

Pasien mengatakan sebelum sakit mampu melihat dan mendengar dengan baik, merasa senang dan bahagia, mampu mengingat, berbicara dan memahami pesan dengan baik. Pasien pada saat sakit mampu melihat dan mendengar dengan jelas, merasa kurang bahagia, mampu mengingat berbicara dan memahami pesan dengan baik.

P : Nyeri dibagian perut

Q : Rasa nyeri seperti ditusuk tusuk

R : Perut kiri bawah bagian dalam

S : Skala nyeri 4

T : Terus-menerus

5. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan sebelum sakit pandangan dirinya baik terhadap tubuhnya, merasa cemas dan khawatir adanya operasi yang akan datang, bersyukur terhadap tubuhnya yang sempurna tidak ada kelainan, mudah bergaul dengan sebaya dapat melakukan aktivitas Bersama, dapat bekerja maksimal mengelola pertanian, memiliki kebanggaan diri karena anaknya sudah menikah dan mempunyai anak. Pasien saat sakit mengatakan pandangan pasien sedang tidak baik, merasa cemas dan khawatir dengan operasi yang akan datang, tidak bisa bergaul dengan teman sebaya, tidak bisa bekerja, merasa malu karena tidak bisa melakukan kegiatan apapun.

6. Pola Mekanisme Koping

Pasien mengatakan ketika ia sedang ada masalah/sakit seperti ini ia selalu berusaha berobat didukung dan dibantu oleh anggota keluarganya. Pasien mengatakan ketika mengambil keputusan ia selalu melibatkan keluarganya agar dapat diselesaikan bersama sama. Pasien meminta agar perawat RS Sultan Agung selalu mendoakannya agar cepat sembuh dan memberikan pelayanan asuhan keperawatan dengan baik. Pasien mendoakan agar perawat selalu diberikan kemudahan dalam setiap urusannya.

7. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien mengatakan memahami fungsi seksual dan tidak ada gangguan seksual. Menstruasi (-), kehamilan (-), pap smear (-).

8. Pola Peran-Berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan dapat berbicara dan memahami pembicaraan dengan orang lain dengan baik orang yang sering diajak diskusi yaitu istri dan anak tidak ada diorientasi.

9. Pola Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam dan menjalankan sholat 5 waktu. Pasien mengatakan ketika sakit ia merasa kesulitan untuk melakukan ibadah sholat, ia hanya bisa bertayamum dan sholat dengan berbaring di tempat tidur. Pasien mengatakan tidak ada kepercayaan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan. Pasien mengatakan tidak ada pertentangan nilai/keyakinan/kebudayaan terhadap pengobatan yang sedang ia jalani.

C. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

Dari hasil pengkajian didapatkan data

Kesadaran pasien : composmentis dengan penampilan pasien tidak pucat, bersih, rapi. Tanda-tanda vital pada pasien suhu tubuh 36,2°C, tekanan darah 160/70 mmHg, respirasi sebanyak 20x/menit, dan nadi sebanyak 84x/menit.

Pengkajian kepala bentuk kepala esocephal, simetris, rambut berwarna hitam bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada rambut rontok. Lalu pengkajian mata kemampuan penglihatan pasien baik, ukuran kedua pupil simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, tidak ditemukan adanya sekret. Kedua lubang hidung pasien sama bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung, pasien tidak memakai oksigen. Untuk telinga bentuk kedua telinga sama simetris, fungsi pendengaran pasien baik, tidak ada penumpukan serumen, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. Pasien tidak mengalami gangguan bicara, kondisi gigi pasien bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Inspeksi pada dada didapatkan bentuk kedua dada simetris, pergerakan pengembangan dada simetris kanan dan kiri, tidak ada luka/benjolan, palpasi tidak ditemukan adanya benjolan maupun nyeri tekan, perkusi suara redup dan tidak ada pelebaran jantung, auskultasi tidak ditemukan adanya suara tambahan, suara jantung lup dup. Inspeksi paru-paru bentuk simetris, pergerakan simetris, tidak ada luka, palpasi tidak ada benjolan dan nyeri tekan, perkusi suara sonor, auskultasi tidak ditemukan adanya suara tambahan, bunyi vasikuler. Inspeksi pada abdomen simetris, tidak ada luka/benjolan, post operasi 12 jahitan, bentuk abdomen cembung, auskultasi didapatkan bising usus, tidak dapat di perkusi, palpasi dirasakan nyeri tekan di area abdomen kiri bawah. Genitalia pasien tidak terpasang kateter dan tidak ditemukan adanya hemoroid. Ekstremitas atas pasien keadaan kuku bersih,

turgor kulit baik, tidak ada edema, CRT kurang dari 5 detik, terpasang infus di tangan kiri, tidak ada nyeri tekan di ekstremitas atas. Ekstremitas bawah keadaan kuku bersih, tidak ada edema, CRT kurang dari 4 detik, kemampuan mobilitas baik. Kondisi kulit pasien berwarna coklat sawo matang, kondisi kulit bersih, turgor kulit baik, tidak ada edema, tidak ditemukan adanya luka atau bekas jahitan.

D. Data Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

1. Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Januari 2022 didapatkan hasil

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin				
Hemoglobin	L 6.2	13.2-17.3	g/dl	Dup lo
Hematokrit	L 20.4	33.0-45.0	%	
Leukosit	8.81	3.80-10.60	ribu/ul	
Trombosit	H 487	150-440	ribu/ul	
Golongan darah/ RH	A/Positif			
PPT				
PT	9.8	9.3-11.4	Detik	
PT(Kontrol)	11.1	9.3-12.7	Detik	
APTT				
APTT	25.1	21.8-28.4	Detik	
APTT(Kontrol)	26.1	21.2-28.6	Detik	
Kimia klinik				
Glukosa darah s	H 134	75-110	mg/dl	
Ureum	28	10-50	mg/dl	
Creatinin	L. 0.69	0.70-1.30	mg/dl	
Albumin-globulin				
Albumin	3.44	3.40-4.80	gr/dl	

data fokus yang telah ada penulis mengambil problem (Menurut SDKI) Nyeri kronis berhubungan dengan agen cedera fisik.

Pengkajian pada tanggal 10 Januari 2022 pukul 16.00 didapatkan data fokus : data subjektif pasien mengatakan ia mengalami konstipasi, susah untuk BAB, harus dipacu dahulu agar bisa BAB, data objektif nya perut pasien tampak cembung dan terasa keras, bising usus terdengar, pasien tampak lemah. Dari data fokus yang telah ada penulis mengambil problem (Menurut SDKI) Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas gastrointestinal.

Pengkajian selanjutnya dilakukan pada tanggal 10 Januari 2022 pukul 16.40 didapatkan data fokus : data subjektif pasien mengatakan ketidaknyamanan karena nyeri di bagian perut kiri bawah dalam, pergerakan tubuhnya terbatas, dan setiap harinya ia hanya beristirahat ditempat tidurnya. Data objektifnya pasien tampak meringis, pasien terlihat merintih, ADL pasien selalu dibantu oleh anggota keluarganya. Dari data fokus yang telah ada penulis mengambil problem (Menurut SDKI) yaitu Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

2. Post Operasi

Pengkajian pada tanggal 15 Januari 2022 pukul 10.45 didapatkan data fokus : data subjektif pasien mengatakan perutnya nyeri setelah operasi. Data objektif nya didapatkan pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis menahan nyeri, KU pasien lemah, TD 165/71mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu 36,3°C, RR 20x/menit, Skala Nyeri 5. Dari data fokus yang telah ada penulis mengambil problem (Menurut SDKI) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.

Pengkajian pada tanggal 15 Januari 2022 pukul 10.30 WIB didapatkan data fokus subjektif pasien mengatakan sudah di operasi di abdomen, pasien mengatakan perih pada abdomen atau perutnya. Kemudian data objektif nya terdapat luka post laparotomi, luka 12 jahitan di abdomen, kondisi luka bersih kemerahan, tidak ada pulsanya, sedikit. Berdasarkan data tersebut maka penulis mengangkat diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

F. Intervensi Keperawatan

1. Pre Operasi

Tanggal 10 Januari 2022 pukul 16:40 WIB, intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul antara lain sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun. Dengan intervensi sebagai berikut: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis teknik tarik napas dalam, control lingkungan yang memperberat kolaborasi pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas gastrointestinal yang kedua yaitu dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil keluhan defekasi lama dan sulit menurun, kontrol pengeluaran feses, konsistensi feses. Dengan intervensi sebagai berikut: indentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, monitor buang air besar, anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, Latih buang air besar secara teratur, ajarkan mengatasi konstipasi, kolaborasi penggunaan obat pencahar.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil: keluhan tidak nyaman menurun, kesulitan tidur menurun, merintih menurun. Dengan intervensi sebagai berikut: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala

nyeri, fasilitas istirahat dan tidur, posisikan kesejajaran tubuh yang cepat, gunakan pakaian yang longgar, anjurkan posisi nyaman.

2. *Post Operasi*

Tanggal 15 Januari 2022 pukul 10:45 WIB, intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul antara lain sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun. Dengan intervensi sebagai berikut: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis teknik tarik napas dalam, kolaborasi pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut: kemerahan menurun dan bengkak menurun. Dengan intervensi keperawatan sebagai berikut: monitor tanda dan gejala infeksi, lokasi, dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema, kolaborasi pemberian antibiotic.

G. Implementasi Keperawatan

1. Pre Operasi

Rencana keperawatan yang sudah ditetapkan sesuai dengan prioritas diagnosa masalah implementasi yang akan dilakukan pada tanggal 10-12 Januari 2022.

Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi dilakukan tanggal 10 Januari 2022 pukul 17:00 WIB yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon data subjektif pasien

mengatakan nyeri pada luka operasi perih seperti tertusuk-tusuk secara terus menerus. Respon data objektif pasien terlihat meringis, P: nyeri perut, Q: seperti tertusuk-tusuk, perih, R: perut kiri, T: terus-menerus. Pada pukul 17:04 WIB, mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subjektif pasien mengatakan skala nyeri 4 dan respon data objektif pasien terlihat meringis. Pada pukul 17:05 WIB, memberikan teknik non farmakologis tarik napas dalam dengan respon data subjektif pasien mengatakan setelah dilakukan teknik non farmakologis merasa sedikit nyaman dan respon data objektif pasien terlihat sedikit nyaman, meringis sedikit menurun. Pada pukul 17.10 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri dengan respon data subjektif pasien mengatakan akan mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, data objektif pasien dan keluarga mengontrol lingkungan. Pada pukul 17.11 WIB mengkolaborasi pemberian analgetik dengan respon data objektif paracetamol 1 gr, tramadol, dan metoclopramide 1A.

Tanggal 11 Januari 2022 pukul 17.00 WIB, dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi skala nyeri data subjektif pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang data objektif pasien terlihat sudah tidak ada meringis skala nyeri 3. Pada pukul 17.02 WIB memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri data subjektif pasien mengatakan akan menerima teknik yang diberikan data objektif pasien terlihat kooperatif mengikuti teknik yang diajarkan. Pada pukul 17.06 WIB mengkolaborasi pemberian analgesik data subjektif pasien mengatakan mau menerima batin berikan data objektif pasien terlihat mengonsumsi obat yang diberikan Paracetamol 1 gram, metoclopramide 1A, Tramadol K/P.

Tanggal 12 Januari 2022 pukul 16.00 WIB dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi skala nyeri data subjektif pasien mengatakan perutnya masih terasa nyeri data objektif skala nyeri 3. Pada pukul 16.04 WIB mengkolaborasi pemberian analgesik data subjektif pasien mengatakan mau menerima obat yang diberikan data objektif pasien terlihat menggunakan obat paracetamol 1 gr, tramadol, metoclopramide 1 A.

Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas gastrointestinal implementasi keperawatan dilakukan tanggal 10 Januari 2022 pukul 17:15 WIB dilakukan implementasi keperawatan yaitu mengidentifikasi masalah usus dan penggunaan obat pecahar dengan respon data subjektif pasien mengatakan sulit BAB, data objektif pasien terlihat kooperatif ketika menjawab. Pada pukul 17:16 WIB, memonitor buang air besar dengan respon data subjektif pasien mengatakan akan memonitor BAB, data objektif pasien terlihat kooperatif. Pada pukul 17:17 WIB, menganjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung serat dengan respon data subjektif pasien mengatakan akan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat, data objektif pasien kooperatif memakan tinggin serat. Pada pukul 17.18 WIB mengajarkan cara mengatasi konstipasi dengan respon data subjektif pasien mengatakan akan menerima cara yang di ajarkan, data objektif pasien terlihat sudah paham dengan cara yang di ajarkan. Pada pukul 17.20 WIB mengkolaborasi penggunaan obat pecahar dengan respon pasien mengatakan akan menerima obat yang di berikan Ranitidine 1 gr, Dulcolax K/P.

Tanggal 11 Januari 2022 pukul jam 17.10 WIB implementasi keperawatan dilakukan yaitu memonitor BAB data subjektif pasien mengatakan akan memonitor BAB data objektif pasien terlihat memonitor BAB. Pada pukul 17.09 WIB menganjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung serat data subjektif pasien mengatakan akan mengonsumsi makanan yang mengandung serat data objektif pasien terlihat mengonsumsi buah buah yang tinggi serat. pada pukul 17.11 WIB mengkolaborasi penggunaan obat pecahar pasien mengatakan akan menerima obat data objektif pasien terlihat menerima obat ranitidin 1 gr.

Tanggal 12 Januari 16.07 WIB, implementasi keperawatan dilakukan yaitu menganjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung serat data subjektif pasien mengatakan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat data objektif pasien terlihat menambah porsi makanan buah titik pada pukul 16.09 WIB memonitor BAB data subjektif pasien mengatakan akan memonitor kembali BAB data objektif pasien terlihat memonitor BAB dan kooperatif.

Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit implementasi keperawatan dilakukan tanggal 10 Januari 2022 pukul 17.21 WIB, dilakukan implementasi keperawatan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri di bagian perut kiri bawah dengan data objektif pasien merintih nyeri. Pada pukul 17.22 WIB mengidentifikasi skala nyeri dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk data objektif skala nyeri 4. Pada pukul 17.23 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur data subjektif pasien mengatakan akan menggunakan fasilitas yang diberikan data objektif pasien terlihat menggunakan fasilitas. Pada pukul 17.24 WIB memposisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat data subjektif pasien mengatakan akan memposisikan tubuh yang sejajar data objektif pasien terlihat kooperatif dan memposisikan tubuh titik pada pukul jam 17.25 WIB menggunakan pakaian yang longgar data subjektif pasien mengatakan akan menggunakan pakaian yang longgar data objektif pasien terlihat memakai pakaian yang longgar pada pukul 17.26 WIB menganjurkan posisi dengan nyaman data subjektif pasien mengatakan akan menerima posisi yang dianjurkan data objektif pasien terlihat kooperatif memposisikan dengan nyaman.

Tanggal 11 Januari 2022 pukul 17.15 WIB, implementasi keperawatan dilakukan memfasilitasi istirahat dan tidur data subjektif pasien mengatakan akan menggunakan fasilitas yang diberikan data objektif pasien terlihat menggunakan fasilitas. Pada pukul 17.16 WIB memposisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat data subjektif pasien akan mengatakan akan memposisikan tubuh yang sejajar data objektif pasien terlihat memposisikan tubuh sejajar dan kooperatif. Pada pukul 17.18 WIB menganjurkan posisi dengan nyaman data subjektif pasien mengatakan akan menerima anjuran data objektif pasien terlihat memposisikan tubuh dengan nyaman.

Tanggal 12 Januari 16.00 WIB, implementasi keperawatan dilakukan yaitu memposisikan kesejajaran tubuh yang tepat data subjektif pasien mengatakan akan memposisikan tubuh sejajar data objektif pasien terlihat tirah baring. Pada pukul

16.11 WIB, menganjurkan posisi dengan nyaman data subjektif pasien mengatakan akan menerima anjuran yang diberikan data objektif pasien terlihat membersihkan tubuh dengan nyaman.

2. Post Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik prosedur operasi implementasi keperawatan dilakukan yaitu Tanggal 15 Januari 2022 pukul 10.10 yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi perih seperti ditusuk-tusuk data objektif pasien meringis, P: nyeri abdomen, Q: perih seperti ditusuk-tusuk, R: perut kiri bawah T: terus menerus. Pada pukul 10.11 WIB mengidentifikasi skala nyeri data subjektif pasien mengatakan nyeri skala 5, data objektif pasien terlihat meringis. Pada pukul 10.12 WIB memberikan teknik farmakologis tarik nafas dalam, data subjektif pasien mengatakan setelah dilakukan teknik non-farmakologis merasa sedikit nyaman, data objektif pasien terlihat sedikit nyaman pasien sedikit menurun. Pada pukul 10.16 WIB mengkolaborasi pemberian analgesik data objektif diberikan obat Paracetamol 1 gr, metoclopramide 1A, tramadol K/P.

Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur operasi implementasi keperawatan dilakukan tanggal 15 Januari 2022 pukul 11.02 WIB yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi, lokasi sistematis, data subjektif pasien mengatakan sudah dioperasi perutnya, data objektif terdapat luka pos laboratorium dengan 12 jahitan, kondisi luka bersih terdapat kemerahan sedikit bengkak. Pada pukul 11.03 WIB memberikan perawatan kulit di area luka operasi data objektif kulit merah dan bengkak kemudian dibersihkan dengan NaCl dan kembali ditutup. Pada pukul 11.06 WIB mengkolaborasi pemberian antibiotic, data objektif diberikan obat cefotaxime 1 gr, metronidazole 1 gr.

H. Evaluasi Keperawatan

1. Pre Operasi

Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisik Tanggal 10 Januari 2022 pukul 17.12 WIB hasil evaluasi dari diagnosa pertama yaitu Subjektif : pasien mengatakan nyeri, Objektif : pasien terlihat meringis, skala nyeri 4, (Tekanan Darah: 160/70mmhg, Nadi: 84x/menit, Respirasi:20x/menit, Suhu: 36,2 °C), Analisis : nyeri kronis teratasi sebagian, Planning : lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, memberikan terapi non farmakologis, mengkolaborasi pemberian analgesik.

Tanggal 11 Januari 2022 pukul 17.08 WIB hasil evaluasi yaitu Subjektif : pasien mengatakan nyeri sedikit kurang, Objektif : pasien terlihat sedikit meringis, skala nyeri 3, Analisis : nyeri kronis teratasi sebagian, Planning : lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, mengkolaborasi pemberian analgesik.

Tanggal 12 Januari 2022 pukul 16.10 WIB hasil evaluasi yaitu Subjektif : pasien mengatakan masih nyeri, Objektif : pasien terlihat sedikit meringis, skala 3 Analisis : nyeri kronis teratasi sebagian, Planning : lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, memberikan terapi non farmakologis.

Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas gastrointestinal Tanggal 10 Januari 2022 pukul 17.22 WIB hasil evaluasi dari diagnosa kedua yaitu Subjektif : pasien mengatakan belum bisa BAB, Objektif : perut pasien terlihat besar, Analisis : konstipasi belum teratasi, Planning : lanjutkan intervensi memonitor buang air besar, menganjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, mengkolaborasi penggunaan obat pencahar.

Tanggal 11 Januari 2022 pukul 17.15 WIB hasil evaluasi yaitu Subjektif : pasien mengatakan sudah bisa BAB namun hanya sedikit, Objektif : pasien terlihat sedikit lega, Analisis :konstipasi teratasi sebagian, Planning : lanjutkan intervensi memonitor buang air besar, menganjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat.

Tanggal 12 Januari 2022 pukul 16.14 WIB hasil evaluasi yaitu Subjektif : pasien mengatakan sudah bisa BAB namun cukup banyak dari pada sebelumnya,

Objektif : pasien terlihat sedikit lega, Analisis : konstipasi teratasi sebagian, Planning : lanjutkan intervensi memonitor buang air besar, menganjurkan mengkonsumsi buang yang tinggi serat, melatih buang air besar secara teratur.

Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit Tanggal 10 Januari 2022 pukul 17.28 WIB hasil evaluasi dari diagnosa ketiga Subjektif: pasien mengatakan merasa sudah sedikit nyaman, Objektif: pasien terlihat sedikit nyaman, Analisis: masalah belum teratasi, Planning: lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, memposisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat, menggunakan pakaian yang longgar.

Tanggal 11 Januari 2022 pukul 16.20 WIB hasil evaluasi Subjektif : pasien mengatakan sudah merasa sedikit nyaman, Objektif : pasien terlihat bisa sedikit nyaman, skala nyeri 3, Analisis : gangguan rasa nyaman teratasi sebagian, Planning : lanjutkan intervensi memposisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat, menganjurkan posisi dengan nyaman..

Tanggal 12 Januari 2022 pukul 16.20 WIB hasil evaluasi Subjektif : pasien mengatakan sudah merasa nyaman dari pada sebelumnya, Objektif : pasien terlihat bisa tidur dengan nyaman, skala nyeri 3, Analisis : gangguan rasa nyaman teratasi sebagian, Planning : lanjutkan intervensi memposisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat, menganjurkan posisi nyaman.

2. Post Operasi

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Tanggal 15 Januari 2022 pukul 10.20 WIB hasil evaluasi dari diagnosa pertama yaitu Subjektif : pasien mengatakan masih nyeri diluka operasi skala 4, Objektif : pasien terlihat meringis, Analisis : masalah belum teratasi, Planning : lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, memberikan terapi non farmakologis, mengkolaborasi pemberian analgesik.

Risiko infeksi ditandai dengan agen pencedera fisik Tanggal 15 Januari 2022 pukul 11.10 WIB hasil evaluasi dari diagnosa kedua yaitu Subjektif : pasien mengatakan perih pada luka operasi, Objektif : pasien terlihat meringis, luka masih

terlihat merah, dan masih bengkak, Analisis : masalah belum teratasi, Planning : lanjutkan intervensi memberikan perawatan kulit pada area luka operasi, mengkolaborasi pemberian antibiotik.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn. S dengan *pre* dan *post* laparotomi indikasi tumor kolon desenden di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dikelola selama 4 hari yaitu tanggal 10 Januari sampai 12,15 Januari 2022, dengan memperhatikan tahapan-tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam memberikan asuhan keperawatan yang berupa pengumpulan data dari beberapa sumber data untuk mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, dan pemeriksaan fisik (Budiono, 2016).

Pengumpulan data dalam penyusunan asuhan keperawatan penulis menggunakan metode pengkajian berupa wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik terhadap Tn. S dengan *pre* dan *post* laparotomi tumor kolon desenden. Pengkajian yang dilakukan penulis mulai pada tanggal 10 Januari 2022. Pengkajian tahap awal sangat penting dalam menentukan keberhasilan perawat dalam mengkaji, selain itu penulis tidak mengkaji lebih detail mengenai mulanya tumbuh benjolan pada abdomen pasien yang di diagnosa tumor kolon. Pengkajian nyeri menggunakan pengkajian PQRST P (Paliatif atau penyebab nyeri), Q (Quality/kualitas nyeri), R (Regio (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri), S (Subjektif mengenai tingkat nyerinya), T (Temporal atau periode/waktu yang berkaitan dengan nyeri) (Yudiyanta et al., 2015).

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri kronis

Nyeri kronis berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di bagian abdomen kiri bawah, meringis, gelisah.

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2018) Definisi nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan sampai berat yang biasanya berlangsung lebih dari 3 bulan. Penulis mengangkat diagnosa dikarenakan terdapat data subjek yaitu pasien mengeluh nyeri pada abdomen. Sedangkan didapatkan data objektif yaitu pasien terlihat gelisah, meringis, terdapat nyeri tekan di abdomen kiri bagian bawah, dan terlihat perut pasien membesar dan keras. Selain itu dilakukan pegkajian PQRST dengan data P: nyeri abdomen, Q: tertusuk, S: 4, R: abdomen kiri bawah dalam, T: terus menerus.

Nyeri abdomen merupakan salah satu gejala yang ditimbulkan oleh tumor kolon desenden, maka akan dilakukan intervensi manajemen nyeri sebagai upaya untuk mengurangi gejala tersebut dengan harapan tingkat nyeri menurun. Menurut (SLKI PPNI, 2019) kriteria hasil yang di tetapkan penulis yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun. Menurut (SIKI PPNI, 2018) intervensi yang diberikan untuk mengatasi nyeri pada abdomen kiri bawah dengan pasien mengeluh nyeri, terlihat gelisah meringis yaitu melakukan manajemen nyeri. Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis aitu identifikasi lokasi karakteristik, lokasi, frekuensi, quality, durasi nyeri dan skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologik untuk mengurangi nyeri teknik tarik nafas dalam, dan kolaborasikan dalam pemberian terapi analgetik.

Implementasi yang diterapkan teknik relaksasi nafas dalam yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, merilekskan tegangan otot, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri (mengontrol atau mengurangi nyeri) dan menurunkan kecemasan (Hirza Ainin Nur & Putri, 2019). Evaluasi yang didapatkan penulis selama pengelolaan selama 3x24 jam dengan melaksanakan tindakan dan kriteria

hasil yang ditetapkan. Hari pertama tingkat skala nyeri masih cukup tinggi yaitu berada di skala 4, lalu pada hari kedua dan ketiga tingkat nyeri cukup turun menjadi 3 dengan kondisi pasien sedikit meringis, ciptakan lingkungan dengan tenang dan nyaman, serta kolaborasi pemberian analgesik.

Terdapat intervensi manajemen nyeri yang tidak diterapkan oleh penulis, salah satunya yaitu pemberian terapi Murottal Al-Qur'an. Terapi ini jika diberikan secara harmonis dapat menurunkan dan mengurangi hormon-hormon stress serta mengaktifkan hormon endorfin. Sehingga klien yang diberikan terapi ini akan merasa rileks, perasaan takut dan cemas berkurang, hingga nyeri dan tegang pun berkurang. Selain itu pemberian terapi ini juga dapat memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga tekanan darah, pernapasan, detak jantung, dan denyut nadi membaik (Buchari, 2018).

Hasil penelitian bahwa terapi tarik nafas dalam efektif dalam mengurangi rasa nyeri pada pasien *pre* operasi. Sehingga terapi ini dirasa efektif jika diterapkan oleh penulis pada pasien kelolaan dengan *pre* operasi tumor kolon.

2. Konstipasi

Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilitas gastrointestinal ditandai dengan pengeluaran feses sulit. Menurut (SDKI PPNI, 2018) Definisi konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak. Penulis mengangkat diagnosa dikarenakan terdapat data subjek yaitu pasien mengatakan susah BAB. Sedangkan didapatkan data objektif yaitu perut pasien terlihat buncit, keras dan pengeluaran feses lama.

Menurut (SIKI PPNI, 2018) intervensi yang dapat dilakukan identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, monitor buang air besar, anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat,

latih buang air besar secara teratur, ajarkan cara mengatasi konstipasi, kolaborasi penggunaan obat pencahar.

Salah satu intervensi keperawatan ini diimplementasikan oleh penulis bahwa konstipasi disebabkan karena kurangnya asupan serat mengakibatkan pengerasan pada feses sehingga perut terlihat buncit dan meningkatkan tekanan intra abdomen saat mengejan akibat konstipasi. Kondisi ini menyebabkan dilatasi pembuluh darah vena yang berada di plexus hemorrhoidalis. Keadaan yang berlangsung lama akan mengakibatkan trombosis pada vena dan menyebabkan nekrosis pada vena yang terkena (Wibowo et al., 2018).

Penulis tidak mengalami kesulitan pada saat mengimplementasikan intervensi ini kepada klien. Karena klien kooperatif dan keluarga lebih berperan dalam membantu klien mengkonsumsi makanan dengan serat yang tinggi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, hasil evaluasi klien pada hari pertama klien masih sulit BAB. Pada hari kedua, klien bisa BAB namun hanya sedikit. Intervensi yang dilanjutkan setelah evaluasi dilakukan yaitu memberikan obat pencahar untuk memperlancar pengeluaran feses, libatkan keluarga dalam membantu memonitor pengeluaran feses dan mengkonsumsi asupan serat yang tinggi untuk meningkatkan pengeluaran feses.

3. Gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan pasien mengatakan tidak nyaman karena nyeri. Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) definisi gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social. Pada proses pengkajian dan analisis data didapatkan pasien mengeluh tidak nyaman karena nyeri pada abdomen, dan pasien juga tidak bisa istirahat dengan maksimal. Jadi alasan penulis mengangkat diagnose tersebut yaitu dalam teori medis salah satu

manifestasi klinik tumor kolon adalah nyeri abdomen dan kram, penipisan feses, konstipasi, dan distensi.

Menurut (SIKI PPNI, 2018) intervensi yang dapat dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, fasilitas istirahat dan tidur, posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat (tirah baring), gunakan pakaian yang longgar, anjurkan posisi dengan nyaman.

Dalam menyusun intervensi pada pasien *pre* operasi yang mengalami nyeri harus dikendalikan agar perawatan lebih optimal dan tidak menjadi nyeri berkelanjutan. Nyeri yang tidak diatasi akan memperlambat masa penyembuhan atau perawatan, karena nyeri yang tidak kunjung berkurang atau hilang membuat pasien merasa cemas untuk melakukan mobilisasi dini sehingga pasien cenderung untuk berbaring. Pasien *pre* operasi yang melakukan tirah baring terlalu lama juga dapat meningkatkan resiko terjadinya kekakuan atau penegangan otot-otot di seluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, gangguan pernafasan dan gangguan peristaltik (Utami & Khoiriyah, 2020).

Pasien kooperatif ketika dilakukan implementasi selama pengelolaan selama 3x24 jam. Hasil evaluasi setelah dilakukan implementasi selama 3x24 jam, hari pertama pasien sedikit nyaman, lalu pada hari kedua sudah lebih nyaman di banding sebelumnya dan ketiga pasien sudah bisa tidur dengan keadaan nyaman.

4. Nyeri akut

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di bagian abdomen kiri bawah, meringis, gelisah setelah *post op* laparotomy.

Menurut (SDKI PPNI, 2018) definisi nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau fungsional, biasanya terjadi dengan onset mendadak atau

lambat dan berintensitas ringan sampai berat yang biasanya berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penulis mengangkat diagnosa dikarenakan terdapat data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri pada abdomen. Sedangkan didapatkan data objektif yaitu pasien terlihat gelisah, meringis, dan hanya berbaring ditempat tidur terdapat luka sayatan operasi, nyeri tekan di abdomen kiri bagian bawah dalam. Selain itu dilakukan pegkajian PQRST dengan data P: nyeri abdomen luka operasi, Q: tertusuk-tusuk, perih, S: 5, R: perut kiri bawah, T: terus-menerus.

Menurut (SLKI PPNI, 2019) kriteria hasil yang di tetapkan penulis yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun. Menurut (SIKI PPNI, 2018) intervensi yang diberikan untuk mengatasi nyeri pada abdomen dengan pasien mengeluh nyeri, terlihat gelisah meringis, dan bersikap protektif khususnya pada kondisi pasca pembedahan yaitu melakukan manajemen nyeri. Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis yaitu identifikasi lokasi karakteristik, lokasi, frekuensi, quality, durasi nyeri dan skala nyeri, berikan teknik non farmakologik untuk mengurangi nyeri teknik tarik nafas dalam, dan kolaborasikan dalam pemberian terapi analgetik.

Nyeri post operasi termasuk ke dalam kategori nyeri akut dengan karakteristik memiliki awitan yang cepat, mendadak dan berlangsung dalam waktu yang singkat. Karakteristik tersebut terjadi karena diskontinuitas jaringan oleh penggunaan alat dalam tindakan pembedahan (Utami & Khoiriyah, 2020). Penanganan nyeri dapat dilakukan dengan terapi farmakologis dan non farmakologis. Pasien keganasan dengan keluhan nyeri dapat diatasi dengan pemberian analgesik. Tramadol yang merupakan opioid sintetis memiliki efek samping mual, muntah,

konstipasi, dan konfusi pada lansia yang sangat memungkinkan dalam memberikan terapi farmakologis (Kurniyawan, 2016).

Tarik nafas dalam bertujuan untuk menurunkan nyeri, meningkatkan relaksasi dengan membantu pasien dalam merespon nyeri sehingga mengurangi ketegangan otot sehingga meningkatkan kenyamanan dan koping. Cara melakukan relaksasi nafas dalam yaitu memerintahkan pasien posisi fowlerselanjutnya menyuruh pasien merilekskan pikiran setelah itu meletakkan tangan kanan di dada pasien dan tangan kiri pada perut selanjutnya memerintahkan pasien supaya tarik nafas dalam-dalam melalui hidung selanjutnya ditahan selama 3 detik dan meminta pasien untuk membuang pikiran-pikiran negatif tentang nyerinya buang bersama dengan nafas melalui mulut, nafas dalam dilakukan berulang sebanyak 3 kali (Mulyaningsih, 2022).

Penulis tidak mengalami kesulitan pada saat mengimplementasikan intervensi ini kepada pasien. Karena pasien kooperatif dalam diterapi farmakologis dan non farmakologis. Evaluasi yang didapatkan penulis selama pengelolaan selama 1x24 jam dengan melaksanakan tindakan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Hasil tindakan yang diatas pasien masih merasakan nyeri dengan skala 4.

5. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasife

Menurut (SDKI PPNI, 2018) resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Penulis mengambil diagnosa tersebut dikarenakan dalam pengkajian ditemukan data subjektif pasien mengeluh nyeri, data objektif terdapat luka *post op* laparatomi berjumlah 12 jahitan, kondisi luka kemerahan dan bersih, sedikit bengkak dan tidak ada pus, dengan data-data tersebut maka diagnosa resiko infeksi dapat ditegakkan.

Resiko infeksi timbul karena ada tindakan medis pembedahan maka menurut (SLKI PPNI, 2019) kriteria hasil yang ditetapkan kemerahan menurun, bengkak menurun. Menurut (SIKI PPNI, 2018) intervensi yang dilakukan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi, lokasi dan sistematik, berikan perawatan kulit pada area, kolaborasi pemberian antibiotik.

Salah satu intervensi yang dapat diterapkan perawat dalam mencegah terjadinya infeksi pada pasien pasca operasi adalah perawatan luka operasi. Dalam mengimplementasi intervensi ini perawat harus memperhatikan dan menerapkan kewaspadaan universal (*Universal Precaution*) untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi pada melalui darah dan cairan tubuh pada pasien pasca operasi (Nursanty & Arofiati, 2020).

Pembedahan atau pembedahan adalah pengobatan yang menggunakan metode invasif dengan membuka atau mengekspos bagian tubuh yang akan dirawat. Bukaan di bagian tubuh ini biasanya menggunakan sayatan. Setelah meninjau bagian yang diproses, tindakan korektif dilakukan, yang menutup dan jahitan berakhir. Salah satu prosedur bedah yang paling umum adalah laparotomi. Laparotomi adalah prosedur pembedahan di mana sayatan dibuat pada lapisan dinding perut untuk melindungi bagian organ perut yang bermasalah (perdarahan, perforasi, kanker, obstruksi). Laparotomi dilakukan pada kasus radang usus buntu, perforasi, hernia, kanker lambung, kanker usus besar dan rektum, obstruksi usus, enterokolitis kronis, kolesistitis, dan peritonitis. Laparotomi termasuk operasi besar dan menyebabkan banyak perlukaan, sehingga resiko terjadinya infeksi luka operasi laparotomy cukup tinggi (Nomor et al., 2022).

Setelah pembedahan pada abdomen infeksi luka operasi ini dapat terjadi pada luka yang tertutup ataupun pada luka yang terbuka, dikarenakan untuk proses penyembuhannya. Dapat juga terjadi pada jaringan dari organ tubuh dan juga dapat terjadi pada jaringan

superfisial (yang dekat dengan kulit) ataupun pada jaringan yang lebih dalam (Wandoko, T., & Suryadi, 2017).

Evaluasi yang didapatkan penulis selama pengelolaan selama 1x24 jam dengan melaksanakan tindakan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Hasil Tindakan yang diatas luka operasi masih merah dan bengkak.

Penulis tidak mengalami kesulitan pada saat mengimplementasikan intervensi ini kepada pasien. Karena pasien kooperatif dalam perawatan luka pada area pasca bedah. Evaluasi yang didapatkan penulis selama pengelolaan selama 1x24 jam dengan melaksanakan tindakan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Hasil tindakan yang diatas area pada pasca operasi masih bengkak dan merah.

C. Diagnosa yang mungkin muncul

Selain membahas diagnosa yang sudah ditegakkan pada Tn. S penulis juga membahas diagnosa yang muncul dari masalah yang dialami oleh pasien tetapi tidak ditegakkan penulis antara lain :

1. Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI PPNI, 2018). pengkajian yang didapatkan oleh penulis pasien mengatakan kesulitan saat beraktivitas sudah lama, kesulitan dalam perawatan diri, merasa kelelahan setelah melakukan aktivitas.

Gangguan mobilitas fisik atau imobilitas ini disebabkan oleh persendian yang kaku, pergerakan yang terbatas, waktu beraksi yang lambat, keadaan tidak stabil bila berjalan, keseimbangan tubuh yang jelek, gangguan peredaran darah, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan pada perabaan. Faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik atau imobilitas adalah kondisi fisik menahun, kapasitas mental, status mental seperti kesedihan dan depresi, penerimaan

terhadap berfungsinya anggota tubuh dan dukungan anggota keluarga (Airiska et al., 2020).

Salah satu intervensi pada masalah keperawatan ini yang diimplementasikan oleh penulis adalah melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak atau melakukan aktivitas. Masalah fisiologis *post* operasi yang didominasi oleh nyeri yang disebabkan karena luka insisi pasca pembedahan menyebabkan pasien kesulitan dalam bergerak. Nyeri pada luka *post* operasi akan membuat pasien sulit menggerakkan badan bahkan tidak mau turun dari tempat tidur (Ruwayda, 2015).

Pada data yang ditemukan dikasus Tn. S, maka diagnosa gangguan mobilitas fisik tidak dapat ditegakan karena kurangnya data dan pasien tidak kooperatif.

2. Perlambatan Pemulihan Pasca Bedah

Diagnosa keperawatan yang seharusnya dapat ditambahkan pada pasien Tn. S selain gangguan mobilitas fisik yaitu perlambatan pemulihan pasca bedah. Definisi: Pemanjangan jumlah hari pasca bedah untuk memulai aktivitas sehari-hari. Batasan karakteristik: pasien mengeluh nyeri, area luka pasca operasi yang terbuka, waktu atau durasi penyembuhan yang memanjang, nafsu makan pasien menurun, terdapat gangguan mobilitas, membutuhkan bantuan orang lain dalam perawatan diri, tertundanya pekerjaan, dan bahkan tidak dapat melanjutkan pekerjaan (SDKI PPNI, 2018). Dari pengkajian yang telah dilakukan penulis, didapatkan data pasien mengeluh nyeri dan tidak nyaman, terdapat masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, terdapat luka pasca operasi, dan klien membutuhkan bantuan perawatan diri karena terdapat gangguan mobilitas fisik.

Penyembuhan luka normal diawali dengan terbentuknya jaringan granulasi seperti jaringan fibrovaskuler yang terdiri dari fibroblast,

kolagen dan pembuluh darah. Komponen vaskuler sangat bergantung pada angiogenesis, dimana pembuluh darah baru mulai muncul pada hari ketiga setelah terjadinya luka, akan memberi nutrisi dan mediator untuk proses penyembuhan luka. Nyeri merupakan stressor yang memicu timbulnya gejala klinis patofisiologis, memicu modulasi respon imun, sehingga menyebabkan penurunan sistem imun yang berakibat pemanjangan proses penyembuhan luka (Ardiansyah et al., 2021).

Pada data yang ditemukan dikasus Tn. S, maka dapat ditegakkan diagnosa Perlambatan Pemulihan Pasca bedah yang sesuai dengan batasan karakteristik.

3. Defisit Nutrisi

Diagnosa keperawatan yang seharusnya dapat ditambahkan pada pasien Tn. S yaitu defisit nutrisi. Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Penyebab dari defisit nutrisi yaitu ketidakmampuan pasien untuk mencerna makanan (SDKI PPNI, 2018). Dari pengkajian yang telah dilakukan penulis, didapatkan data pasien terlihat lemas, pucat dan tidak nafsu makan karena merasakan sakit didaerah abdomen kiri bagian dalam.

Defisit nutrisi dapat mempengaruhi proses perubahan metabolik zat gizi seperti energi, karbohidrat, protein, lemak, dan mikronutrien lainnya. Perubahan metabolisme ini mempengaruhi status gizi individu. Gangguan gizi yang dapat timbul pada pasien tumor disebabkan kurangnya asupan makanan, tindakan medik, efek psikologi dan pengaruh keganasan sel kanker. Gejala tumor dalam keadaan berat dinamakan kaheksia yang manifestasinya secara klinis adalah anoreksia, penurunan berat badan, gangguan reflek, lemas, anemia, kurang energi protein, dan keadaan deplesi secara keseluruhan (Yasin, 2015).

Pada data yang ditemukan dikasus Tn. S, maka diagnosa defisit nutrisi tidak dapat ditegakkan karena kurangnya data dan pasien tidak kooperatif.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis memperoleh kesimpulan dari asuhan keperawatan pada Tn. S dengan *pre* dan *post* operasi tumor kolon desenden sebagai berikut :

1. Konsep Medis (Penyakit)

Tumor kolon adalah kumpulan sel yang tumbuh hanya di satu bagian tubuh kolon dan tidak menyerang jaringan di sekitarnya tetapi tumor hanya tumbuh dan menetap. Hanya bagian dari tubuh dan tempat kekambuhan tumor biasanya di bagian tubuh yang sama dengan pertumbuhan tumor sebelumnya. Beberapa faktor risiko ini tidak dapat diperbaiki, seperti usia 50 dan lebih tua, riwayat polip, riwayat infeksi usus (kolitis ulserativa atau penyakit Crohn), riwayat keluarga atau kanker usus besar polip¹⁵. Salah satunya terlalu banyak mengonsumsi daging tanpa lemak dan olahan.

2. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan yang dilakukan penulis mulai dari pengkajian, analisis data, intervensi, implementasi dan evaluasi. Dengan mendapatkan data berupa keluhan nyeri pada abdomen kiri bawah selama 1 tahun, tidak bisa BAB, ketidaknyamanan, dan terdapat luka 12 jahitan, nyeri setelah *post op*. Sehingga penulis mengambil 3 diagnosa untuk *pre* operasi yaitu nyeri kronis, konstipasi, gangguan rasa nyaman, kemudian untuk *post* operasi terdiri 2 diagnosa yaitu nyeri akut dan resiko infeksi, dengan diagnosa utama yaitu nyeri kronis. Tindakan yang dilakukan berfokus pada diagnosa utama yaitu penurunan nyeri baik dilakukan secara farmakologis dan dilakukan dengan cara tarik nafas dalam. Dari hasil evaluasi yang didapatkan dengan tetap melanjutkan intervensi.

3. Analisis Kasus

Masalah ketika *pre* operasi laparotmy pasien mengalami nyeri dibagian perut kiri bawah, dan terlihat perut pasien buncit dan keras karena tidak bisa mengeluarkan feses, maka dibutuhkan penanganan dengan cara farmakologis yaitu pemberian analgesik, obat pencahar dan terapi non farmakologis. Kemudian setelah *post* operasi laparotomy mengalami nyeri akut karena terdapat luka 12 jahitan di abdomen kiri bawah maka dibutuhkan penanganan dalam mengurangi keluhan tersebut menggunakan 2 metode yaitu farmakologi berupa pemberian analgetik dan anti biotik dan terapi non farmakologi berupa teknik tarik nafas dalam. Selain itu luka operasi jika tidak mendapatkan penanganan akan mengakibatkan resiko infeksi sehingga harus dilakukan pencegahan infeksi salah satunya perawatan luka.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

Sebagai referensi pada institusi pendidikan dalam penyusunan asuhan keperawatan dengan kasus tumor kolon desenden.

2. Lahan Praktik Rumah Sakit

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik sesuai standar asuhan keperawatan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

3. Masyarakat

Sebagai sumber pengetahuan untuk mengetahui penatalaksanaan non farmakologi pada pasien dengan tumor kolon desenden yaitu teknik relaksasi napas dalam yang dapat dilakukan secara mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, M. (2014). *Buku Ajar Penyakit Dalam: Tumor Kolorektal, 6th edn.* Pusat Penerbit Penyakit Dalam.
- Airiska, M., Winarni, L. M., & Ratnasari, F. (2020). Hubungan Pengetahuan Kesehatan Terhadap Peran Keluarga Dalam Perawatan Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Perawatan Rsud Pakuhaji Kabupaten Tangerang. *Menara Medika*, 3(1), 32–39. <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menamedika/index> JMM
- Anggini. (2019). Gambaran Karakteristik Penderita Kanker di Laboratorium Patologi Anatomi RSUD Prof. DR.W.Z. Johannes Kupang. *Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang*.
- Ardiansyah, Utariani, A., Sumartono, C., Semedi, B. P., & Susilo, I. (2021). *Ekspresi Interleukin 1 Dan Tumor Necrosis Factor Alpha Pada Pemberian Ropivacain Di Sekitar Luka Terhadap Proses Penyembuhan Luka*. 2(2), 6.
- Benjamin, W. (2019). Perbedaan Pengaruh Terapi Murottal Selama 15 Menit Dan 25 Menit Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Kanker Pascabedah. *Jurnal Of Bionursing*, 3(1), 1–9.
- Betz, C. L. (2017). BATES' Guide to Physical Examination AND History Taking. In *Journal of Pediatric Nursing* (Vol. 17, Issue 6). <https://doi.org/10.1053/jpdn.2002.129787>
- Black, J dan Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Salemba Emban Patria.
- Buchari. (2018). *Intervensi Terapi Murottal Pada Pasien Dengan Diagnosa Tumor Colon Dengan Masalah Gangguan Pola Tidur*.

- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.*
- Doenges, Marilyn E., Moorhouse, Mary Frances., Murr, A. C. (2019). Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 TH EDITION. *Usa*, 569–581.
- Hirza Ainin Nur, & Putri, I. S. (2019). Gambaran Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam pada Pasien dengan Nyeri Persalinan Kala I. *Gambaran Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Dengan Nyeri Persalinan Kala I*, 6(1), 76–90.
- KEMENKES RI. (2019). *Faktor Risiko Kanker* (1st ed.).
- Kurniyawan, H. E. (2016). Terapi Komplementer Alternatif Akupresur Dalam Menurunkan Tingkat Nyeri. *NurseLine Journal*, 1(2), 246–256. <https://media.neliti.com/media/publications/197137-ID-acupressure-as-complementary-and-alterna.pdf>
- Mulyaningsih, T. G. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT PADA TN. K PASIEN POST OPERASI TURP DENGAN BENIGNA PROSTAT HYPERPLASIA DI RUMAH SAKIT WIJAYA KUSUMAPURWOKERTO*. 1(6), 913–918.
- Munawaroh, K. (2018). Gambaran Skala Nyeri Pada Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi. *Gaster*, 16(2), 160. <https://doi.org/10.30787/gaster.v16i2.291>
- Museum, M. F. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. J.M. Dengan Diagnosa Medis Kanker Usus Di Ruang Asoka RSUD PROF.DR.W.Z.Johanes Kupang*. 45(45), 95–98.
- Nomor, V., Fandinata, S. S., Zulfa, I. M., & Lubada, E. I. (2022). *Evaluasi*

Penggunaan Antibiotika Profilaksis Operasi Digestif Laparotomi di Rumah Sakit Kota Surabaya. 4, 41–49.

Nursanty, O. E., & Arofiati, F. (2020). Penerapan Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka Bersih melalui Pelatihan Perawatan Pasca Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, 19*(01), 29–37. <https://doi.org/10.33221/jikes.v19i01.532>

PPNI. (2018a). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.

PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.

Retnaningsih, D., Ferari, E., & Winarti, R. (2022). Pengalaman Perawatan Kanker Kolon Stadium Akhir. *4*(1), 37–49.

Rompis, A. Y., & Dewi, N. N. A. (2020). Aspek Genetik Kanker Kolorektal. *Jurnal Sains Dan Kesehatan, 2*(3), 236–245.

Ruwayda. (2015). Hubungan Nyeri, Peran Keluarga, Dan Peran Petugas Kesehatan Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Operasi Sectio Caesaria Di Ruang Kebidanan Rsd Raden Mattaher Jambi Tahun 2015. *Jurnal Poltekkes Jambi, XIII*, 141–149.

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

Silpia, W. (2021). The Effectiveness of Hand Massage Therapy In Reducing Pain Intensity Among Patients With Post Laparotomy Surgery. *Jurnal Vokasi Keperawatan(JVK), 4*(1), 212–218.

Susanti, E., & Kholisoh, N. (2018). Konstruksi Makna Kualitas Hidup Sehat (Studi Fenomenologi pada Anggota Komunitas Herbalife Klub Sehat Ersanddi

- Jakarta). *LUGAS Jurnal Komunikasi*, 2(1), 1–12.
<https://doi.org/10.31334/jl.v2i1.117>
- Susanty, A., Dachriyanus, Yanwirasti, Wahyuni, F. S., Fadhli, H., & Aswan, P. A. (2018). Aktivitas Sitotoksik Ekstrak Etil Asetat Daun pada Kanker Kolon HTB-38. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 5(2), 142–146.
- Timurtini, S. (2019). Komplikasi Tumor Colon. *Jurnal Keperawatan*.
- Utami, R. N., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparatomi Menggunakan Aromaterapi Lemon. *Ners Muda*, 1(1), 23.
<https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5489>
- Wandoko, T., & Suryadi, B. (2017). Premedikasi terhadap kejadian infeksi luka operasi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia. Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(3), 195–201.
- Wibowo, H., Erliningsih, Gusman, A., & Syahira, R. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hemoroid Di Poliklinik Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaheer Jambi. *Afiyah*, V(2), 7–14.
- Winda Nurtiana, Slamet Bujanto, Nuraida, L., & Dewi, F. N. A. (2018). Bekatul Beras sebagai Pencegah Kanker Kolon. *Pangan*, 26(3), 1–11.
- World Cancer Research Fund. (2021). Cancer Facts and Figures 2021. In *World Cancer Research Fund International* (pp. 1–4). <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data>
- Yasin, Y. K. (2015). Perubahan metabolik zat gizi pada penderita malnutrisi kanker dan upaya perbaikan gizi pasien kanker. *Health and Nutrition Journal*, 1, 41–52.
- Yudiyanta, Novita, K., & Ratih, N. W. (2015). Assesment Nyeri. *Assesment Nyeri*, 42(3), 214–234.

<http://www.cdkjournal.com/index.php/CDK/article/view/1034/755>

