

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
KANKER KOLOREKTAL POST LAPARATOMI HARI KE-4
DI RUANG BAITUS SALAM 1 RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh:

Azzahroh

NIM. 40902000010

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN KANKER
KOLOREKTAL POST LAPARATOMI HARI KE-4
DI RUANG BAITUS SALAM 1 RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**



Disusun oleh:

Azzahroh

NIM. 40902000010

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 15 Mei 2023



Azzahroh

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

**Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Kanker Kolorektal
Post Laparatomi Hari Ke-4 Di Ruang Baitus Salam 1
Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama: Azzahroh

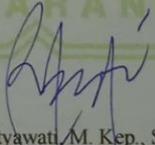
NIM: 40902000010

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

Hari : Jum'at

Tanggal : 19 Mei 2023

Semarang, 19 Mei 2023


(Ns. Retno Setyawati, M. Kep., Sp.KMB)

NIDN. 0613067403.

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin Tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 22 Mei 2023

Penguji 1

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M. Kep, Sp.Kep.MB

NIDN. 0602037603

Penguji 2

Dr. Ns. Erna Melastuti, M. Kep

NIDN. 0620057604

Penguji 3

Ns. Retno Setyawati, M. Kep., Sp. KMB

NIDN. 0613067403

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M. Kep.

NIDN. 0622087403

HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, rahmat dan hidayah, sehingga penulis masih diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Walaupun jauh dari kata sempurna, namun penulis bangga telah mencapai pada titik ini yang akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini bisa selesai di waktu yang tepat.

Terkait penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis memperoleh saran serta bimbingan yang bermanfaat dari banyak pihak, sehingga penyusun dapat menyelesaikan sesuai dengan perencanaan. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kepada seluruh keluarga terutama ibu dan ayah saya yaitu Ayah Abdul Gani dan Ibu Siti Noor Jannah yang telah memberikan kasih sayang, secara dukungan baik moral maupun materi, tidak pernah putus asa mencari biaya kuliah agar cita – cita saya dapat tercapai dan tidak pernah berhenti memberi doa terbaik. Ridho dan cinta kasih yang tiada mungkin dapatku balas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ayah dan ibu bahagia, karena saya sadar selama ini belum bisa berbuat lebih untuk menjadi yang lebih baik. Sebagai tanda terima kasih, saya persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk kakak saya satu-satunya Siti Mawaddah yang selalu mendukung dan menyemangati saya untuk menyelesaikan tugas akhir. Adik saya Mujdalifah dan Halimatus Sa'diyah yang selalu memberikan dukungan serta kasih sayang yang tulus, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis sangat bangga dan bersyukur memiliki orang tua, kakak, dan adik seperti beliau.
2. Kepada Lazis Sultan Agung yang juga banyak membantu saya dari awal kuliah sampai sekarang yang telah memberikan biaya pendidikan kepada saya sehingga bisa sampai di tahap ini.

3. Kepada direktur Lazis Sultan Agung yaitu Ustadz Hasanudin, LC., M.E.I beserta seluruh jajarannya yang telah mengayomi, memberikan saya masukan, dan bimbingan selama berkuliah disini yang jauh dari keluarga sehingga saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Kepada seluruh staf jajaran Pesantren Mahasiswa Universitas Islam Sultan Agung Semarang (Pesanmasa Unissula) yang telah memberikan saya tempat tinggal dan ilmu keagamaan yang lebih dalam selama menempuh pendidikan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang ini.
5. Sahabat saya tercinta yaitu Habibatul islamiah, terima kasih telah membantu, menemani, mendengarkan semua keluh kesah saya, meskipun juga sedang menyusun Karya Tulis Ilmiah.
6. Teman-teman dari Kalimantan Selatan (Penerima Beasiswa Khaira Ummah) yaitu, Sari Ayu Lestari, Rosada, Nur Azmi, Alifia Noor Aisyah Ranna, Marisa Tri Hapsari, Siti Masitah, Siti Munawarah, Ira Ristanti, Rahma Asmita, Siti Khairunnisa, Cut Renna Ramadhani, Nazhirah, Noviyanti, Ervina Azizah, Muhammad Salim Ridha, Gt. Aditya Syaubarry, Ahmad Huzaifi, Muhammad Irsan Jauhari, Muhammad Supian Sauri, Muhammad Lintang, dan Muhammad Faisal Aqbar Gilang Setyawan yang saling mendukung serta berbagi suka duka sehingga penulis mempunyai kekuatan dan tekad untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Teman – teman saya satu bimbingan Anisa Nur Afifah, Afifa Khoirun Nisa, Bagas Tegar Rahmawan dan Amirudin Suryanto yang menemani serta memberi semangat dalam menyusun karya tulis ilmiah.
8. Teman-teman Musyrifah terutama yang satu kamar di Pesantren Mahasiswa Unissula, Mbak Nai, Wardah dan Sri, terima kasih telah menjadi teman yang baik, mendengarkan setiap keluh kesah saya selagi menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Tak lupa juga teman - teman seperjuangan seluruh Program Studi DIII Keperawatan Angkatan 2020 yang saya cintai dan saya banggakan yang telah berjuang bersama meraih cita – cita dan menggapai masa depan yang cerah.
10. Orang-orang baik dan Lagu-lagu playlist yang selalu menemani saya saat

bergadang untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.



MOTTO

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, dan sesungguhnya
bersama kesulitan ada kemudahan”

(Q.S Al-Insyirah ayat 5-6)

”Man jada wajada”

Artinya: “siapa yang bersungguh-sungguh ia akan dapat”

“Fastabiqul Khoirot”

Artinya: berlomba-lomba dalam kebaikan

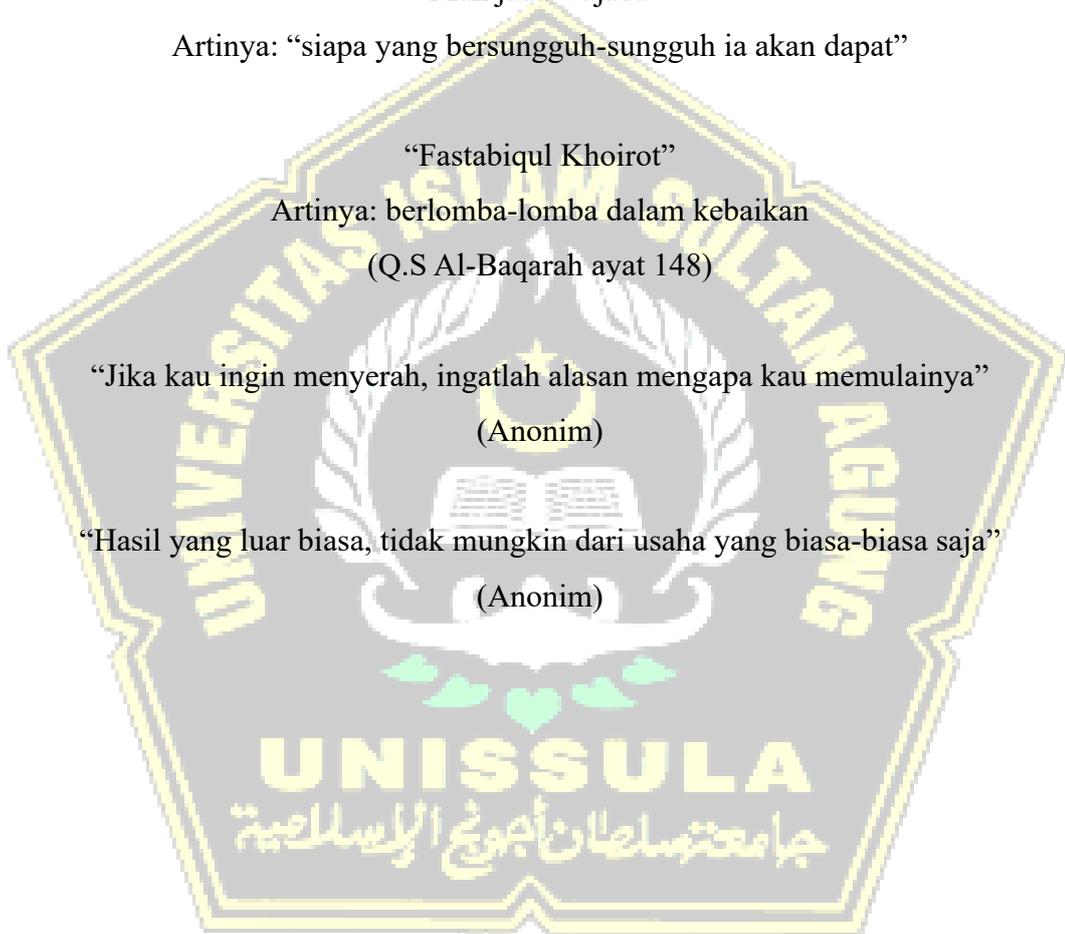
(Q.S Al-Baqarah ayat 148)

“Jika kau ingin menyerah, ingatlah alasan mengapa kau memulainya”

(Anonim)

“Hasil yang luar biasa, tidak mungkin dari usaha yang biasa-biasa saja”

(Anonim)



KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Alhamdulillahirobbil'alamiin, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Kanker Kolorektal Post Laparatomi Hari Ke-4 di Ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang"

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

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

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.H selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M. Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M. Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ibu Ns. Retno Setyawati, M. Kep, Sp.KMB selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dan Banjarbaru, yang telah

memberikan kesempatan kepada saya untuk praktik di sana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Ayah saya (Abdul Gani) dan Ibu saya (Siti Noor Jannah) tercinta yang selalu mendoakan, mengingatkan untuk tetap beribadah dan memberikan semangat, dukungan baik moral dan materi yang diberikan untuk menyelesaikan pendidikan.
9. Kakak saya (Siti Mawaddah) tercinta yang selalu menjadi penasihat, penguat dan penyemangat terbaik.
10. Teman dekat saya sesama dari Kalimantan Selatan dan teman sekelompok karya tulis ilmiah yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan dan selalu mendoakan satu sama lain.
11. Teman-teman seperjuangan saya DIII Keperawatan 2020 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

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

Semarang, 19 Mei 2023

Penulis

Azzahroh

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
MOTTO.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI	xi
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat penulisan.....	3
BAB II.....	5
KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
B. Konsep Dasar Keperawatan	12
C. Pathways	22
BAB III	24
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	24
A. Pengkajian	24
B. Pola Kesehatan Fungsional	25
C. Pemeriksaan fisik (<i>Head to Toe</i>)	28
D. Data penunjang.....	29

E. Analisa data.....	33
F. Intervensi keperawatan.....	34
G. Implementasi.....	35
H. Evaluasi.....	39
BAB IV	42
PEMBAHASAN	42
A. Pengkajian.....	42
B. Diagnosa Keperawatan.....	44
C. Intervensi Keperawatan.....	47
D. Implementasi.....	50
E. Evaluasi.....	51
F. Diagnosa keperawatan tambahan.....	52
BAB V.....	54
PENUTUP.....	54
A. Simpulan.....	54
B. Saran.....	55
DAFTAR PUSTAKA.....	56



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker kolorektal adalah tumor maligna yang muncul di jaringan epitel pada kolon dan rektum (Sayuti & Nouva, 2019). Perdarahan menjadi manifestasi awal yang membuat pasien mencari perawatan medis, diikuti manifestasi lain seperti nyeri, anoreksia, penurunan berat badan, massa/benjolan pada rektal dan biasanya teridentifikasi mengalami anemia akibat perdarahan yang samar (Lemone et al., 2016).

Menurut *Global Cancer Observatory* (Globocan, 2021c) sebanyak 1,9 juta lebih kasus penderita kanker kolorektal di seluruh dunia. Tingkat prevalensi kanker kolorektal di dunia adalah 10% dari jumlah total penderita kanker. Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi kejadian kanker kolorektal di dunia adalah 9,4% untuk perempuan dan 10,6% untuk laki-laki. Menurut *American Cancer Society* dalam Kemenkes RI, 2018 Kanker kolorektal menempati urutan ketiga terbanyak dan kanker penyebab kematian kedua pada wanita dan pria di Amerika Serikat. Di Asia, prevalensi kanker kolorektal 10,6% dari 9 juta lebih kasus (Globocan, 2021a). Kanker kolorektal menempati urutan keempat terbanyak di Indonesia pada tahun 2020, jumlah kasus kanker kolorektal di Indonesia sebanyak 34 ribu lebih kasus yaitu sekitar 8,6% dari jumlah total 396 ribu kasus (Globocan, 2021b).

Komplikasi kanker kolorektal yang dapat terjadi adalah obstruksi (penyumbatan) usus karena penyempitan lumen usus oleh lesi, perforasi (lubang) pada dinding usus karena tumor, metastasis tumor dan kekambuhan kanker kolorektal (Lemone et al., 2016). Menurut Kemenkes RI, 2018 kekambuhan kanker kolorektal dalam 5 tahun setelah tindakan reseksi adalah 30-50% dan sekitar 90% terjadi pada tahun pertama pasca operasi. Lokasi

kekambuhan kanker ada di hati, paru, kolon, rektum, Limfonodus regional dengan *metochronous cancer*.

Penanganan kanker kolorektal bergantung pada stadium penyakit dan komplikasi terkait. Pembedahan laparatomi, kolonoskop, pembuatan kolostomi dan reseksi usus adalah beberapa penanganan yang dilakukan untuk mengatasi tumor yang ada di kolon atau rektum (Suddarth, 2013). Laparotomi adalah tindakan pembedahan dengan cara insisi pada perut. Beberapa kondisi yang dapat dilakukan tindakan laparatomi seperti pasien yang mengalami trauma di perut dengan hemoperitonium (perdarahan pada sistem pencernaan), nyeri perut akut, nyeri perut kronik dan kalau didapati keadaan pada perut yang membutuhkan tindakan bedah segera seperti radang selaput perut/ peritonitis, perforasi dan ileus obstruktif (Tanio et al., 2018).

Setelah dilakukan pembedahan, pasien memiliki luka di bagian abdomen yang menyebabkan risiko infeksi, gangguan rasa nyaman nyeri, kekurangan volume cairan dan defisit pengetahuan tentang pengobatan (Doenges et al., 2014). Pertumbuhan tumor di rektum menyebabkan obstruksi atau penyumbatan pada usus mengakibatkan perdarahan yang mana pasien akan mengalami anemia yang dapat mengakibatkan lemas dan sesak napas (Mustafa & Menon, 2016).

Perawatan pada post operasi laparotomi adalah praktik pelayanan yang diberikan kepada pasien yang sudah mengalami tindakan operasi, peran perawat selaku *care giver* atau pemberi asuhan keperawatan pada perawatan luka pasca operasi laparotomi sangat dibutuhkan karena tujuan dari perawatan ini adalah untuk mengurangi komplikasi yang disebabkan oleh pembedahan, memacu sembuhnya luka dengan cepat, memulihkan fungsi tubuh pasien seperti sebelum dilakukan tindakan pembedahan dan mempersiapkan pasien untuk pulang (Nirmawati, 2021).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka penulis tertarik untuk melaksanakan “Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Kanker

Kolorektal Post Laparatomi Hari Ke-4 di Ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara tepat pada Tn. D dengan penyakit Kanker Kolorektal Post Laparatomi di ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengidentifikasi proses penyakit pada Tn. D dengan penyakit Kanker Kolorektal Post Laparatomi.
- b. Untuk menentukan proses pengkajian pada Tn. D dengan penyakit Kanker Kolorektal Post Laparatomi.
- c. Untuk menentukan diagnosa keperawatan yang tepat pada Tn. D
- d. Untuk menentukan intervensi keperawatan yang tepat pada Tn. D
- e. Untuk melakukan implementasi keperawatan yang tepat dan komprehensif pada Tn. D
- f. Untuk melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Tn. D
- g. Mampu mendeteksi kesenjangan yang terdapat dalam asuhan keperawatan pada Tn. D dengan penyakit Kanker Kolorektal Post Laparatomi di ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

C. Manfaat penulisan

Karya tulis ilmiah yang dibuat oleh penulis diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, mencakup:

1. Institusi pendidikan

Mengembangkan ilmu pengetahuan terkait ilmu keperawatan untuk mahasiswa Fakultas ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dalam melakukan asuhan keperawatan yang profesional dan komprehensif.

2. Profesi pendidikan

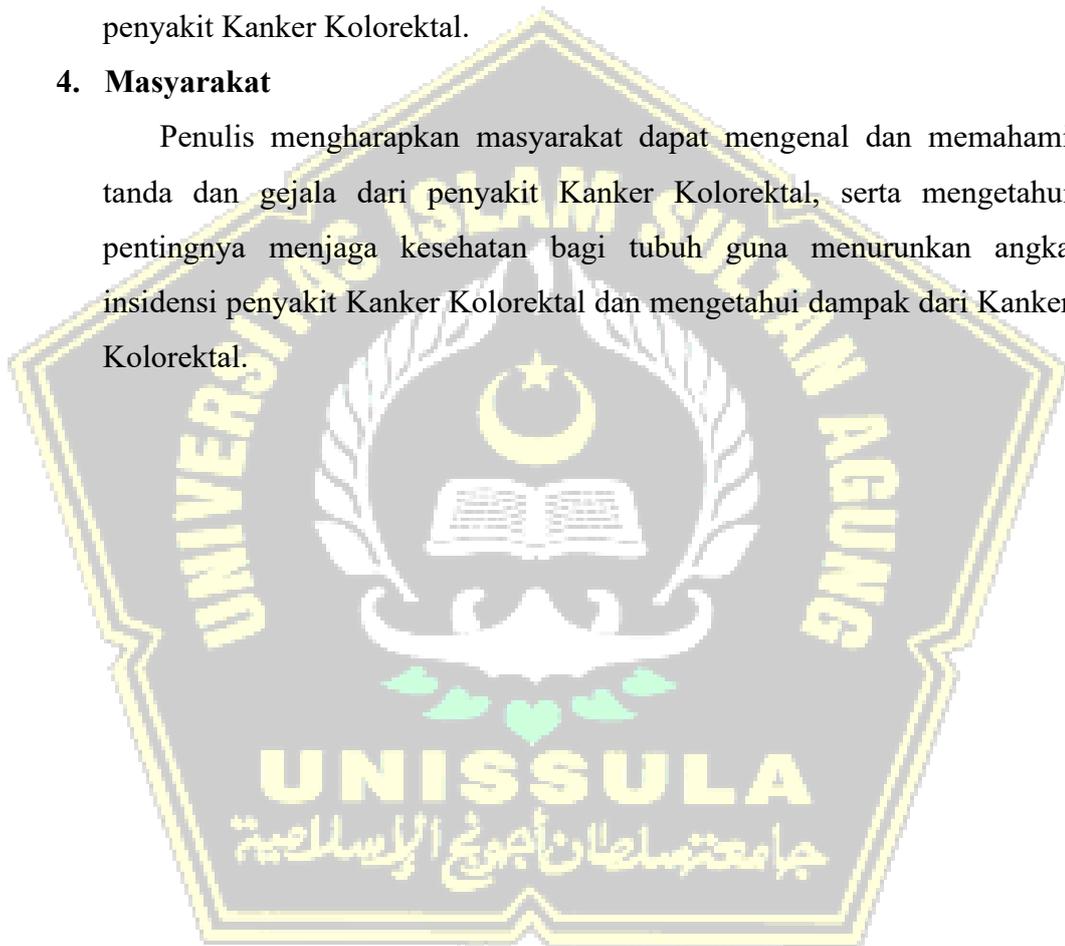
Memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan penyakit Kanker Kolorektal Post Laparatomi dan meningkatkan keahlian perawat dalam melakukan keperawatan medikal bedah.

3. Lahan praktik

Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam lingkup keperawatan medikal bedah khususnya pada pasien dengan penyakit Kanker Kolorektal.

4. Masyarakat

Penulis mengharapkan masyarakat dapat mengenal dan memahami tanda dan gejala dari penyakit Kanker Kolorektal, serta mengetahui pentingnya menjaga kesehatan bagi tubuh guna menurunkan angka insidensi penyakit Kanker Kolorektal dan mengetahui dampak dari Kanker Kolorektal.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Kanker kolorektal adalah keganasan yang terjadi di jaringan usus besar dan rektum (bagian akhir dari usus besar) (Kemenkes RI, 2016). Kanker kolorektal ditujukan sebagai keganasan/ kanker yang terdapat di bagian usus besar/ kolon dan rektum, yang lebih khususnya kolon berada proksimal usus besar dan rektum terdapat di bagian distal antara 5-7 cm di atas anus (Sayuti & Nouva, 2019).

Kanker kolorektal adalah kanker yang diakibatkan oleh mutasi genetik kumulatif pada sel epitel usus dan rektum sehingga terjadi pembelahan, migrasi dan diferensiasi sel yang berlebihan serta berakibat pada terjadinya proliferasi, invasi, dan metastasis sel-sel tersebut (Sanjaya et al., 2023).

2. Etiologi

Menurut LeMone, Burke, & Bauldoff, 2016 penyebab spesifik dari kanker kolorektal belum diketahui secara jelas, tetapi ada beberapa faktor risiko yang sudah diidentifikasi, antara lain:

a. Hereditas/ faktor genetik

Riwayat keluarga yang mengalami kanker kolorektal/ Hereditas, kalau keluarga memiliki riwayat kanker kolorektal, maka anggota keluarga lainnya akan memiliki risiko tinggi terkena penyakit kanker kolorektal, khususnya pada usia muda (Rosaliani, 2019). Menurut Tomislav dalam Sayuti dan Nouva, 2019 keluarga yang satu tingkat generasi dengan penderita kanker kolorektal memiliki risiko lebih besar 3 kali.

b. Diet makanan

Diet memiliki perkembangan kanker kolorektal, penyakit ini sering ditemui di negara maju yang masyarakatnya mengonsumsi diet tinggi kalori, protein daging, dan lemak (Lemone et al., 2016). Menurut studi yang dilakukan oleh *American Cancer Society* mengonsumsi diet tinggi daging merah atau daging yang diproses dapat meningkatkan risiko kanker kolorektal (Kemenkes RI, 2018). Contoh negara yang memiliki ciri seperti ini adalah Amerika Serikat, pola diet ini diduga bisa meningkatkan populasi bakteri anaerob yang ada di usus. Bakteri anaerob dapat mengubah asam empedu menjadi karsinogen/ zat pemicu kanker (Lemone et al., 2016).

Sementara itu, seseorang yang mengonsumsi makanan yang kadar buah dan sayurnya sedikit juga memiliki faktor risiko kanker kolorektal yang lebih tinggi (Kemenkes RI, 2018). Individu dengan konsumsi rendah serat memiliki risiko 11 kali lebih tinggi mengalami kanker kolorektal dibandingkan dengan tinggi serat (Sayuti & Nouva, 2019).

c. Gaya hidup

Kebiasaan menahan BAB/ defekasi, merokok, atau memiliki pola makan yang tinggi kandungan lemak, kurang buah dan sayuran mendapat tingkat risiko yang lebih tinggi mengalami kanker kolorektal (Rosaliani, 2019). Menurut Kemenkes RI, 2018 seseorang yang mengonsumsi alkohol rata-rata 2 - 4 porsi alkohol per hari selama hidupnya, memiliki 23% risiko lebih tinggi kanker kolorektal dibanding dengan seseorang yang mengonsumsi < 1 porsi dalam sehari.

d. Obat-obatan dan hormon

Bukti dari penelitian kohort mulai mendukung pernyataan bahwa menggunakan aspirin dan NSAID (*Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs*) dengan teratur dalam jangka waktu yang panjang dapat

- menurunkan risiko mengalami kanker kolorektal (Kemenkes RI, 2018).
- e. Faktor Usia
Insidensi kanker kolorektal meningkat seiring dengan penambahan usia dan dianggap sebagai kanker yang sering terjadi pada lansia (Suddarth, 2013). Persentase Penderita yang mengidap kanker kolorektal terdeteksi setelah berusia >50 tahun adalah lebih dari 90% (Lemone et al., 2016; Rosaliani, 2019; Sayuti & Nouva, 2019). Tetapi dalam Bouk et al., 2021 tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian kanker kolorektal dengan usia, hal ini disebabkan karena peluang terjadinya kanker kolorektal tidak hanya pada usia > 50 tahun tetapi juga < 50 tahun karena ada beberapa faktor lain seperti faktor genetik, gaya hidup seperti diet rendah serat, kurang olahraga, merokok dan mengonsumsi alkohol.
 - f. Riwayat kesehatan masa lalu
Individu yang pernah menderita kanker rektum memiliki risiko untuk mengalami kanker rektum untuk kedua kalinya. Sementara itu pada perempuan, memiliki risiko yang lebih tinggi jika pernah mengalami kanker ovarium/ indung telur, uterus/ rahim, endometrium, dan payudara (Rosaliani, 2019). Selain pernah mengalami kanker rektum sebelumnya, keadaan seperti mengalami penyakit usus inflamasi dan memiliki polip pada kolon atau rektum juga menjadi faktor risiko mengalami kanker kolorektal (Lemone et al., 2016; Kemenkes RI, 2018).
 - g. Radiasi

3. Patofisiologi

Kebanyakan kanker kolorektal adalah adenokarsinoma (95%) yang muncul dari lapisan epitel (sel pada bagian terluar organ) usus. Diawali dengan timbulnya polip jinak yang dapat berubah menjadi ganas, menyusup dan menginvasi ke jaringan yang normal dan terjadilah

metastasis ke struktur jaringan yang ada di dekatnya. Karsinoma dapat bermetastasis dari tumor primer dan meluas ke organ tubuh yang lain terutama hepar (Suratun & Lusianah, 2014).

Hampir keseluruhan kanker kolorektal awalnya adalah polip adenoma bersifat karsinoma, yang sebagian besar tumor berada di rektum dan kolon sigmoid, walaupun setiap bagian kolon dapat mengalaminya. Pertumbuhan tumor yang biasanya tidak terdeteksi menyebabkan sedikit gejala yang di rasakan oleh penderita. Pada saat gejala telah di rasakan, mungkin kanker telah bermetastasis ke lapisan yang lebih dalam pada jaringan usus dan organ lain yang ada didekatnya. Saat menyebar secara langsung kanker ini dapat melibatkan semua lapisan usus submukosa, dan dinding usus terluar. Struktur jaringan lain yang berdekatan seperti hepar, lambung, usus 12 jari, usus halus, pankreas, limfa, saluran kemih dan dinding perut dapat terlibat juga (Lemone et al., 2016).

4. Manifestasi Klinik

Gejala yang umum pada kanker kolorektal ditandai dengan perubahan pola defekasi/BAB (Sayuti & Nouva, 2019; Suddarth, 2013), gejala tersebut mencakup konstipasi ataupun diare, terasa penuh pada perut atau kembung, lesi pada sisi kanan yang mungkin disertai nyeri perut dan melena (feses berwarna hitam keabu-abuan), feses/ kotoran dikeluarkan sedikit dari biasanya, mengeluh nyeri dan kram pada perut, berat badan turun tanpa alasan yang diketahui, selalu mengeluh lelah, mual dan muntah.

Gejala lain seperti anemia yang tidak disadari, anoreksia, berat badan turun dan kelelahan (Suratun & Lusianah, 2014; Suddarth, 2013). Menurut Lemone et al., (2016) kanker ini sering kali tidak menimbulkan manifestasi hingga kondisi lanjut, manifestasi tergantung dari lokasi, jenis dan luasnya kanker. Perdarahan pada rektal, perubahan kebiasaan BAB, nyeri, anoreksia, penurunan berat badan, juga dapat ditemukan massa pada

abdomen, dan pasien teridentifikasi mengalami anemia karena perdarahan yang samar.

5. Pemeriksaan penunjang

Menurut pedoman *American Cancer Society* dalam Lemone et al., (2016), hal yang harus dilakukan untuk penapisan kanker adalah:

a. Pemeriksaan darah samar feses

Pemeriksaan darah samar feses untuk mengetahui perkembangan tumor dan anemia yang disebabkan oleh kehilangan darah kronik berdasarkan uji *guaiac* atau *hemoccult*, pemeriksaan imunokimia fekal (*fecal immunochemical test*, FIT) setiap tahun.

b. Sigmoidoskopi fleksibel (*flexible sigmoidoscopy*, FSIG)

Pemeriksaan ini dilakukan setiap 5 tahun sekali.

c. Endoskopi/ kolonoskopi

Endoskopi merupakan suatu metode diagnostik primer. Endoskopi dilakukan dengan sigmoidoskopi (lebih dari 35% tumor terletak di rektosigmoid) ataupun dengan kolonoskopi total.

d. Enema barium dengan kontras ganda

Setiap 5 tahun sekali dilakukan pemeriksaan enema barium yaitu kontras ganda.

e. *CT colonography* (Pneumocolon CT)

Modalitas CT Scan yang mempunyai kompetensi rekonstruksi multiplanar dan *3D volume rendering* yang dapat melakukan CT kolonografi dengan baik, kolonoskopi virtual juga membutuhkan *software* khusus (Kemenkes RI, 2016).

6. Komplikasi

Menurut LeMone et al., 2016c; Suddarth, 2013, komplikasi utama terkait penyakit kanker kolorektal adalah:

a. Obstruksi usus parsial/ kompliit yang disebabkan oleh penyempitan lumen usus oleh lesi

- b. Dinding usus mengalami perforasi oleh tumor yang memungkinkan kontaminasi rongga perut karena isi usus
- c. Penyebaran tumor secara langsung hingga melibatkan organ yang ada di sekitarnya
- d. Ekstensi tumor dan ulserasi ke pembuluh darah di dekatnya (perforasi/lubang, abses, peritonitis, sepsis, atau syok).

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada penyakit kanker kolorektal bersifat multidisiplin. Pemilihan dan pertimbangan terapi bergantung pada terapi bedah yang dimana terapi bedah adalah terapi primer untuk kanker stadium awal dengan tujuan kuratif.

a. Pembedahan

Reseksi pembedahan digunakan untuk mendiagnosis dan menentukan tahapan atau *stage* lebih dari 90% dari seluruh kanker dan sebagai terapi primer pada lebih dari 60% kanker. Pembedahan memiliki tujuan meliputi profilaksis, diagnosis, terapi, rekonstruksi, dan paliasi (Lemone et al., 2016).

1) Pembedahan profilaksis

Pembedahan ini bertujuan untuk mengangkat jaringan atau organ yang memiliki kemungkinan mengalami kanker. Pembedahan sebagai terapi primer kanker, memiliki tujuan untuk mengangkat keseluruhan tumor dan jaringan sekitar terkait serta nodus limfa sebanyak dan serealistik mungkin. Terkadang pada terapi pembedahan memerlukan pengangkatan bagian tubuh dan pembuatan struktur yang baru untuk menerima fungsi struktur yang hilang. Seperti pengangkatan kolon sigmoid, kolon distal, dan rektum, sehingga untuk proses defekasi pasien harus dibuatkan lubang stoma pada dinding abdomen, yang menghasilkan kolostomi permanen (Lemone et al., 2016).

Menurut Utami (2016) Laparotomi adalah pembedahan mayor dengan insisi/ sayatan pada dinding perut hingga ke rongga perut

yang bertujuan untuk mendapatkan bagian organ yang bermasalah seperti perdarahan, kanker, perforasi dan obstruksi. Reseksi anterior adalah pembedahan dengan mengangkat kolon sigmoid dan sebagian dari rektum beserta pembuluh darah dan saluran limfa.

2) Pembedahan diagnostik

Pembedahan diagnostik bertujuan untuk memastikan diagnosis histologis dan penentuan tahap atau *stage* kanker melalui biopsi, endoskopi, laparoskopi, dan eksplorasi bedah buka.

b. Kolostomi

Apabila tumor terdapat pada rektum, kolon sigmoid dan anus, maka dilakukan reseksi abdominoperianal untuk mengangkat tumor melalui insisi abdominal dan perianal. Kolostomi sigmoid secara permanen dilakukan untuk eliminasi fekal. Anus ditutup dan stoma dibentuk dari kolon sigmoid proksimal dan biasanya terletak pada kuadran kiri bawah abdomen (Lemone et al., 2016).

c. Terapi radiasi

Terapi radiasi tidak diberikan sebagai terapi pokok pada kanker kolorektal, tetapi diberikan bersamaan dengan reseksi bedah. Terapi radiasi yang digunakan untuk mengatasi kanker yang berukuran kecil adalah radiasi intrakavitari, eksternal atau implantasi. Kanker rektal berisiko tinggi mengalami kekambuhan setelah dilakukan reseksi bedah, terutama jika tumor sudah menyebar ke luar dinding usus. Terapi radiasi dilakukan sebelum atau sesudah operasi dapat mengurangi kekambuhan tumor pelvis dan untuk menyusutkan tumor rektal yang berukuran cukup besar untuk memudahkan tindakan reseksi tumor (Lemone et al., 2016).

d. Kemoterapi

Agen kemoterapeutik seperti fluorourasil intravena (5-FU) dan asam folinat (leucovorin), juga digunakan pada waktu pascaoperasi sebagai terapi penunjang untuk kanker kolorektal (Lemone et al., 2016).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Selama proses pengkajian keperawatan, data tentang status kesehatan dikumpulkan, divalidasi, diatur, disusun menjadi pola, dan dikomunikasikan kembali baik dalam bentuk verbal maupun tertulis. Data yang dikumpulkan berupa data objektif dan subjektif. Pengkajian keperawatan memiliki fungsi untuk menyusun diagnosis keperawatan yang akurat, merencanakan dan mengimplementasikan, baik dalam pelayanan individual awal maupun berkelanjutan, dan untuk mengevaluasi layanan (Lemone et al., 2016).

a. Identitas klien dan penanggung jawab

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/ bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosa medis dan alamat pasien. Menurut (Lemone et al., 2016; Sayuti & Nouva, 2019; Rosaliani, 2019) penderita kanker kolorektal terdeteksi pada usia > 50 tahun. Dalam jurnal kedokteran STM (Sains dan Teknologi Medik) yang berjudul Hubungan usia dan jenis kelamin dengan kejadian kanker kolorektal, kejadian kanker kolorektal lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki, sedangkan usia yang paling banyak mengalami kanker kolorektal adalah usia 40-49 tahun (Adila & Mustika, 2023). Pada penderita kanker kolorektal, status pernikahan memiliki efek perlindungan dan mempunyai andil dalam keberlangsungan hidup yang lebih baik bagi penderita kanker kolorektal yang dirawat dengan pembedahan (Yang et al., 2019).

b. Status kesehatan saat ini

Keluhan utama berupa BAB darah, merasa sangat lelah sepanjang waktu dapat didapatkan pada proses pengkajian (Sayuti & Nouva, 2019). Alasan masuk rumah sakit, faktor pencetus, lamanya keluhan, timbulnya keluhan (bertahap, mendadak), upaya apa yang dilakukan untuk mengatasi, faktor yang memperberat (Unissula, 2023).

c. Riwayat penyakit sekarang

Alasan masuk rumah sakit, waktu kejadian, hingga masuk rumah sakit, mekanisme, lingkungan keluarga, kerja, dan masyarakat sekitar. Klien mengeluh BAB berdarah dan berlendir, tidak BAB dan tidak ada kentut/ flatus, perutnya terasa nyeri/ kembung dan sakit, mual dan muntah, tidak puas dalam BAB, BAB sedikit dan berat badannya menurun (Lemone et al., 2016).

d. Riwayat kesehatan yang lalu

Penyakit yang pernah dialami (masa kanak-kanak, kecelakaan, pernah dirawat, penyakit, operasi, waktu), alergi, imunisasi, obat-obatan, dan kebiasaan. Riwayat diet pasien yang hanya mengonsumsi serat, protein hewani dan lemak, seperti daging merah dapat meningkatkan mengalami kanker kolorektal (Kemenkes RI, 2018). Riwayat menderita kelainan pada colon kolitis ulseratif (polip pada kolon) (Lemone et al., 2016; Kemenkes RI, 2018).

e. Riwayat penyakit dahulu

Perawatan yang pernah dialami dan penyakit lain seperti Diabetes Melitus, Hipertensi, dan lain-lain.

f. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit yang diderita oleh keluarga, riwayat keluarga yang mengalami kanker kolorektal/ Hereditas, kalau keluarga memiliki riwayat kanker kolorektal, maka anggota keluarga lainnya akan memiliki risiko tinggi terkena penyakit kanker kolorektal, khususnya pada usia muda (Rosaliani, 2019). Menurut Tomislav dalam Sayuti dan Nouva, 2019 keluarga yang satu tingkat generasi dengan penderita kanker kolorektal memiliki risiko lebih besar 3 kali.

g. Riwayat kesehatan keluarga

Susunan keluarga (genogram 3 generasi), penyakit yang pernah diderita anggota keluarga, dan penyakit yang sedang diderita anggota keluarga (diagnosa yang berhubungan dengan diagnosa medis klien).

h. Riwayat kesehatan lingkungan

i. Pengkajian pola kesehatan fungsional

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

2) Pola eliminasi

Pada penderita kanker kolorektal terjadi perubahan pola defekasi seperti diare, konstipasi, feses berdarah, feses yang dikeluarkan sedikit dari biasanya, dan melena (Sayuti & Nouva, 2019).

3) Pola aktivitas dan latihan

Faktor risiko terkena kanker kolorektal adalah kurangnya aktivitas latihan seperti olahraga (Bouk et al., 2021). Pada penderita juga mengalami anemia yang menyebabkan lemah dan letih sehingga tidak dapat beraktivitas secara normal (Suratun & Lusianah, 2014; Suddarth, 2013).

4) Pola istirahat dan tidur

5) Pola nutrisi dan metabolik

Efek samping kemoterapi pada penderita kanker mempengaruhi status gizi seperti mual, muntah, diare, nyeri perut, perdarahan gastrointestinal, penyembuhan luka terhambat, dehidrasi, proteinuria, reaksi alergi infus, gangguan elektrolit, ruam kulit, kulit kering, penurunan berat badan, infeksi kulit, perubahan kuku, kelemahan dan lain-lain (Lewandowska et al., 2022).

6) Pola kognitif dan konseptual sensori

7) Pola persepsi dan konsep diri

Pada pasien yang sudah mengalami pembuatan stoma akan berdampak pada perubahan peran, citra diri, harga diri, seksual dan sosial. Pemasangan stoma berdampak buruk pada citra tubuh pasien, terutama wanita. Berbagai masalah dalam aspek psikologis yang muncul seperti, rasa malu karena pembuangan kotoran melalui kantung stoma, tidak dapat mengontrol kentut, malu karena bau kotoran pada kantung stoma, dan rasa malu dalam melakukan aktivitas seksual. Hal tersebut dapat

mempengaruhi kualitas hidup pasien dengan stoma (Rangki, 2018).

8) Pola mekanisme coping

Pada pasien kanker kolorektal dapat ditemukan kondisi cemas dan depresi sebagai bentuk reaksi psikologis dan bertahan meskipun pengobatan telah selesai dilakukan (Peng et al., 2019). Pasien yang memiliki stoma beradaptasi secara fisik dan psikologis akibat operasi kolostomi dibuktikan dengan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan kemampuan berhubungan dengan orang lain, tetapi ada juga pasien yang menunjukkan kondisi mal adaptif seperti kecemasan yang berat (Black dalam Rangki, 2018).

9) Pola seksual dan reproduksi

10) Pola peran berhubungan dengan orang lain

11) Pola nilai dan kepercayaan.

j. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

2) Penampilan

3) *Vital sign* meliputi suhu tubuh, tekanan darah, nadi, saturasi oksigen, respirasi rate

4) Kepala, leher dan wajah: dengan teknik inspeksi dan palpasi.

5) Mata: perlukaan, pembengkakan, refleks pupil, kondisi kelopak mata, adanya benda asing, warna sklera, adanya nyeri tekan.

6) Hidung: perlukaan, darah, cairan, napas cuping hidung, kelainan anatomi akibat trauma.

7) Telinga:

8) Mulut dan tenggorokan: kesimetrisan, mukosa bibir, sianosis, kering

9) Dada:

a) Paru

Inspeksi: bentuk, inspirasi, ekspirasi, pernapasan, irama, gerakan simetris atau tidak, jika terjadi metastasis kanker ke paru akan ada keluhan sesak napas, batuk-batuk selama satu bulan, batuk darah, obstruksi jalan napas, bunyi napas *wheezing*, dan stridor (Wijaya & Putri dalam Muna, 2020).

Palpasi: pergerakan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan dan kiri,

Perkusi: suara sonor pada kedua paru, suara redup ada batas paru dan hepar

Auskultasi: suara napas tambahan seperti ronkhi, mengi, *wheezing*, dan stridor.

b) Jantung

Inspeksi: bentuk dada simetris

Palpasi: frekuensi nadi

Perkusi: suara pekak

Auskultasi: irama reguler sistol/ murmur

10) Abdomen

Inspeksi: apakah abdomen buncit atau datar, umbilikal is menonjol atau tidak, apakah ada benjolan/ massa pada abdomen, luka, jejas, lesi

Auskultasi: suara peristaltik usus nilai normalnya 3-12 kali/ menit.

Palpasi: nyeri tekan pada abdomen, teraba massa pada abdomen (Lemone et al., 2016).

Perkusi: suara normal timfani, jika ada massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinari, tumor).

11) Genitalia

a) Kebersihan dan pertumbuhan rambut

b) Kebersihan, pertumbuhan rambut pubis, terpasang kateter, terdapat lesi atau tidak

12) Ekstremitas atas dan bawah

- a) Warna dan suhu kulit
- b) Perdarahan nadi distal
- c) Deformitas ekstremitas
- d) Gerakan ekstremitas secara aktif dan pasif
- e) Gerakan ekstremitas yang tidak wajar dan adanya krepitasi
- f) Derajat nyeri bagian yang cidera
- g) Edema tidak ada, jari-jari lengkap dan utuh, *Clubbing finger* jika terjadi metastasis pada paru (Wijaya & Putri dalam Muna, 2020).
- h) Refleks patella

13) Kulit

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan menggambarkan masalah keperawatan yang aktual dan potensial yang dapat didiagnosis secara legal oleh perawat, yang kemudian akan disusun intervensi primer oleh perawat (Wilkinson dalam Lemone et al., 2016). Menurut PPNI, 2017a, diagnosa yang mungkin muncul antara lain:

- a. Pre operasi
 - 1) Intoleransi aktivitas
 - 2) Nyeri akut/ nyeri kronis
 - 3) Hipovolemia
 - 4) Gangguan mobilitas fisik
 - 5) Diare
 - 6) Defisit nutrisi
 - 7) Risiko infeksi
 - 8) Gangguan integritas kulit dan jaringan
- b. Post operasi
 - 1) Intoleransi aktivitas
 - 2) Nyeri akut
 - 3) Gangguan citra tubuh
 - 4) Risiko infeksi

- 5) Defisit perawatan diri.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah rencana tindakan yang bertujuan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti & Muryanti, 2017).

Rencana keperawatan post operasi

a. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Keluhan lelah menurun
- 3) Dispnea saat aktivitas menurun
- 4) Dispnea setelah aktivitas menurun

Intervensi manajemen energi (I. 05178)

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor pola dan jam tidur

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

b. Nyeri akut (D.0077)

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun
- 5) Frekuensi nadi menurun

Intervensi manajemen nyeri (I.08228)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

- 1) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

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

c. Gangguan rasa nyaman (D.0074)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan tidak nyaman menurun
- 2) Gelisah menurun

Intervensi manajemen nyeri (I.08228)

Observasi

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

2) Identifikasi skala nyeri

3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

2) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

1) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*.

d. Risiko infeksi (D.0142)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

1) Demam menurun

2) Kemerahan menurun

3) Nyeri menurun

4) Bengkak menurun

5) Kadar sel darah putih menurun (PPNI, 2017b).

Intervensi perawatan luka (I.14564)

Observasi

1) Monitor karakteristik luka

2) Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

2) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, *sesuai kebutuhan*

3) Berikan salep yang sesuai dengan kulit

4) Pasang balutan sesuai jenis luka

5) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

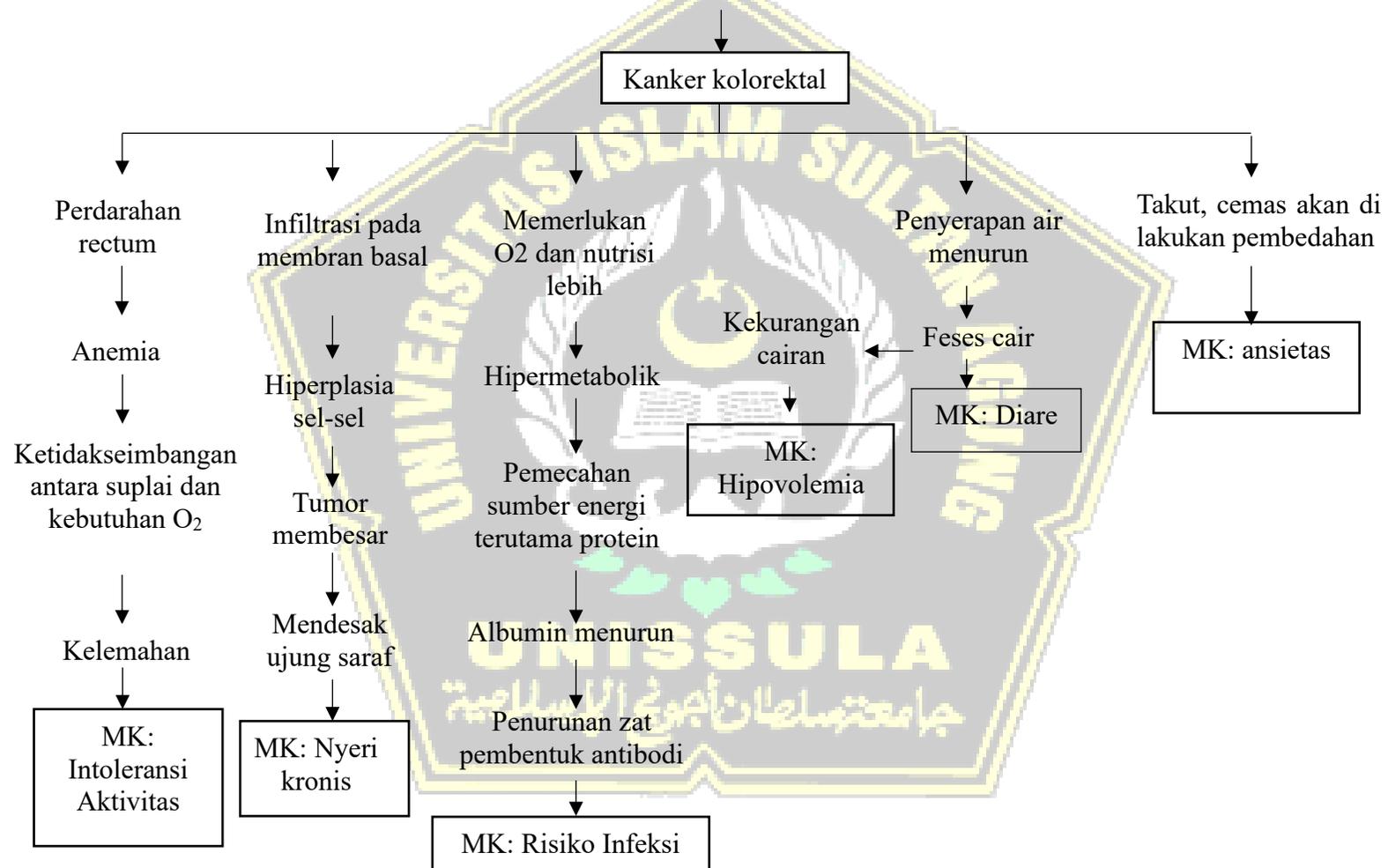
Kolaborasi

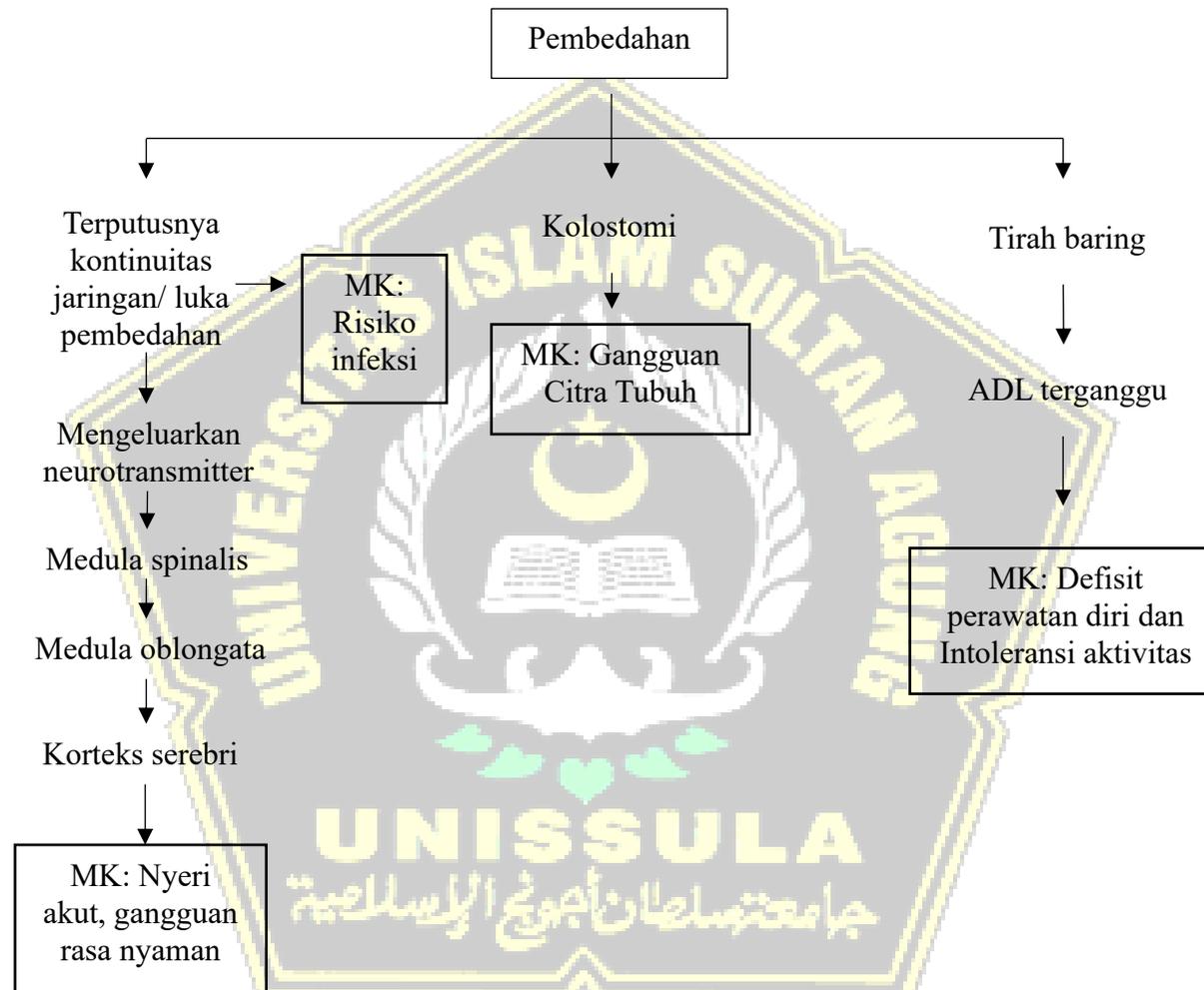
- 1) Kolaborasi pemberian antibiotik, *jika perlu*. (PPNI, 2018)



C. Pathways

Faktor genetik, diet, gaya hidup, polip kolorektal, obat-obatan dan hormon, riwayat kanker dan radiasi





Sumber: PPNI, 2017a; Suddarth, 2013; LeMone et al., 2016c.

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan terhadap Tn. D dilakukan pada hari Sabtu tanggal 4 Maret 2023 pada jam 14.00 dengan diagnosa post laparotomi reseksi adenosis hari ke-4 dan post transfusi di ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dengan ditandai hasil pemeriksaan CT Scan Abdomen berupa massa di rektosigmoid ukuran 7,61 x 7,23 x 8,29 cm (ukuran sebelumnya 7,5 x 7,5 x 11 cm) dan luka post operasi di bagian umbilikalis. Dari hasil Pemeriksaan Patologi Anatomi di dapatkan hasil sesuai dengan Malignant GIST (Gastrointestinal Stroma Tumor). Didapatkan gambaran kasus berupa:

1. Identitas

a. Identitas pasien

Pasien atas nama Tn. D berusia 68 tahun, beragama Islam, dan berprofesi sebagai petani dengan latar belakang pendidikan lulus SD sederajat, bertempat tinggal di Kota Grobogan, Jawa Tengah. Pasien masuk ke RSI Sultan Agung Semarang pada pukul 12.00 tanggal 27 Februari 2023 dengan diagnosa medis Kanker Kolorektal.

b. Identitas penanggung jawab

Penanggung jawab pasien atas nama TN. W berusia 31 tahun, beragama Islam dan berprofesi sebagai petani dengan latar belakang pendidikan SMP sederajat memiliki hubungan erat dengan pasien yaitu sebagai menantu, yang bertempat tinggal di Kota Grobogan, Jawa Tengah.

2. Status kesehatan saat ini

Tn. D mengatakan nyeri di bagian luka operasi setelah operasi laparotomi hari ke-4, mual dan muntah. Dibawa ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang karena ingin operasi tumor yang ada di saluran

anus, perut kembung, tidak bisa BAB selama 2 hari. Faktor pencetusnya adalah sebelumnya memiliki tumor yang ada di anus.

3. Riwayat kesehatan yang lalu

Tn. D mengatakan sekitar 1 tahun yang lalu menjalani operasi di Rumah Sakit Purwodadi untuk pengangkatan tumor yang ada di anusnya dan dirujuk ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, tidak pernah mengalami kecelakaan, tidak memiliki alergi obat atau makanan, dan sudah di vaksin covid-19 yang kedua.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Tn. D mengatakan tidak ada penyakit yang pernah diderita anggota keluarga yang berkaitan dengan penyakitnya, dan tidak ada penyakit yang sedang di derita anggota keluarga.

5. Riwayat kesehatan lingkungan

Tn. D mengatakan lingkungan rumahnya bersih berada di dekat pertanian, dan kemungkinan terjadinya bahaya sangat minim.

B. Pola Kesehatan Fungsional

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Tn. D mengatakan ingin segera sehat kembali ke rumah dan terus menanyakan ingin pulang. Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakitnya yaitu tumor dan sudah terpasang kolostomi dari 1 tahun yang lalu. Upaya yang dilakukan dalam mempertahankan kesehatan adalah dengan memeriksakan kesehatan langsung ke rumah sakit dan makan sebanyak 3 kali sehari, berhenti merokok sejak belasan tahun yang lalu. Pada sisi ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan Tn. D memiliki asuransi kesehatan berupa BPJS.

2. Pola eliminasi

Tn. D mengatakan sebelum di rawat sudah memakai kolostomi sejak 1 tahun yang lalu, dengan BAB 3x/ sehari, dengan warna kuning dan cair, dan setelah sakit masih tetap menggunakan kolostomi dengan BAB tidak teratur dan berwarna hitam. Sedangkan untuk BAK, Tn. D mengatakan

sebelum dirawat tidak ada gangguan dalam BAK, dan banyak sedikit tergantung konsumsi cairan, dan setelah di rawat sering berkemih 4-5 kali sehari dan harus dibantu keluarga menggunakan pispot.

3. Pola aktivitas dan latihan

Tn. D mengatakan sebelum di rawat kegiatan sehari-harinya bertani di ladang dan setelah sakit hanya bisa di tempat tidur, tetapi sekarang sudah bisa duduk, lelah, sebelum sakit tidak ada memiliki olahraga yang sering dilakukan dan sesudah di rawat Tn. D mengatakan tidak bisa bergerak dari tempat tidur. Pergerakan tubuh, Tn. D mengatakan tidak bisa turun dari tempat tidur, tetapi sudah bisa duduk, untuk perawatan diri Tn. D mengatakan mandi dibantu oleh keluarga hanya dengan sibin. Untuk BAK, Tn. D mengatakan dibantu oleh menantunya dan BAB melalui kolostomi. Keluhan sesak napas setelah aktivitas tidak ada, Tn. D mengatakan hanya di tempat tidur jadi tidak mengalami sesak, Tn. D mengatakan lemah, lelah, jadi hanya di tempat tidur, tetapi sudah latihan duduk dan miring kiri miring kanan.

4. Pola istirahat dan tidur

Tn. D mengatakan sebelum sakit tidak memiliki kesulitan tidur, waktu tidur diatas jam 10 malam dan bangun saat subuh, dan sesudah sakit tidak ada perubahan sebelum dan sesudah sakit. Tn. D mengatakan tidak ada kesulitan tidur.

5. Pola nutrisi dan metabolik

Tn. D mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dan habis, dan setelah sakit makannya tergantung menu yang ada di rumah sakit, nanti habis nanti tidak. Pola minum, Tn. D mengatakan minum air yang cukup dan setelah sakit mengatakan minum air putih cukup banyak 1 botol besar Aqua, tidak memiliki diet khusus makanan, nafsu makan tidak berubah tergantung menu makanannya saja. Tn. D mengatakan mual dan tidak muntah. Tn. D memiliki stoma berwarna *pink* gelap dengan feses cair warna hitam, tidak ada kenaikan berat badan, tidak memiliki kesulitan untuk menelan.

6. Pola kognitif perseptual sensori

Tn. D mengatakan mata dan telinganya berfungsi dengan baik, dapat mengingat dengan baik, bicara, dan memahami pesan yang diterima dengan baik. Tn. D mengatakan pusing jika berdiri, jadi hanya di tempat tidur saja. Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST, P: luka post op laparotomi hari ke-4, Q: tertusuk, R: perut/umbilikalis, S: 3 (skala 1-10), T: hilang timbul.

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

Tn. D mengatakan masih nyeri dan ingin cepat sembuh, tampak tenang dan sedikit meringis karena nyeri di perut. Konsep diri: Tn. D mengatakan sudah terpasang kolostomi dari satu tahun yang lalu dan menerima keadaannya dengan lapang dada, setelah di rawat, Tn. D mengatakan menerima keadaannya dan bersyukur tumornya sudah diangkat. Identitas, sebelum sakit Tn. D mengatakan bekerja sebagai petani, sesudah sakit Tn. D mengatakan dirinya sedang kurang baik karena sedang sakit. Peran: Tn. D mengatakan berperan sebagai ayah, suami dan kakek. Ideal diri: sebelum sakit, Tn. D mengatakan dapat sehat dan bekerja sebagai petani, sesudah sakit: Tn. D mengatakan ingin segera sehat dan kembali ke rumahnya. Harga diri: Sebelum sakit: Tn. D mengatakan percaya diri, setelah sakit: pasien mengatakan sekarang kabarnya kurang baik karena sakit.

8. Pola mekanisme koping

Tn. D mengatakan dalam mengambil keputusan sebelum dan sesudah sakit, Tn. D mengambil keputusan sendiri dibantu oleh keluarga. Tn. D mengatakan yang dilakukan jika menghadapi masalah adalah dengan menghadapinya dan mencari jalan keluarnya dibantu oleh keluarga. Tn. D mengatakan upaya yang dilakukan untuk menghadapi masalahnya sekarang dengan ke rumah sakit karena sudah tahu memiliki tumor di anus. Tn. D mengatakan hal yang dapat dilakukan oleh perawat agar pasien merasa nyaman adalah dengan selalu mengingatkan untuk berzikir kepada Allah Swt.

9. Pola seksual- reproduksi

Tn. D mengatakan memiliki 3 anak, tidak memiliki gangguan hubungan seksual, dan tidak memiliki permasalahan selama melakukan hubungan seksual.

10. Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Kemampuan pasien dalam berkomunikasi, Tn. D mengatakan sebelum di rawat dapat berkomunikasi dengan baik, mampu mengekspresikan dan mengerti orang lain, setelah di rawat, Tn. D mengatakan agak sulit karena dalam kondisi sakit. Tn. D mengatakan orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada pasien adalah istrinya dan sesudah dirawat yang berpengaruh adalah istri dan juga anak serta menantunya. Tn. D mengatakan meminta bantuan kepada istri dan anak serta menantunya. Tn. D mengatakan tidak ada kesulitan dalam hubungan dengan keluarga.

11. Pola nilai dan kepercayaan

Tn. D mengatakan berzikir beragama Islam, sebelum sakit Shalat 5 waktu, dan saat dirawat Shalat jika bisa, terkadang Shalat zuhur tapi baru 2 rakaat sudah salam, Shalat di tempat tidur. Tn. D mengatakan tidak memiliki masalah berkaitan dengan aktivitasnya, tetapi saat dirawat di Rs mandi dibantu oleh keluarga, untuk BAK harus menggunakan pispot, karena lemas tidak bisa berdiri ke KM. Tn. D mengatakan tidak ada keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan pengobatan ataupun kesehatan.

C. Pemeriksaan fisik (*Head to Toe*)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data, kesadaran komposmentis dengan E4 V5 M6, penampilan lemah, tanda-tanda vital, suhu tubuh 36,5°C, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/ menit, *respirasi rate* 20 x/ menit, SPO2 98%.

Pada pemeriksaan kepala didapatkan berbentuk bulat, rambut putih beruban, pertumbuhan merata, tidak ada nyeri tekan, atau benjolan luka, dan jejas, tidak memakai kacamata, pupil isokor, mata simetris, hidung simetris,

tidak ada nyeri tekan, telinga simetris, mulut dan tenggorokan simetris, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan.

Pada pemeriksaan dada, jantung, inspeksi: tidak ada luka, memar, jejas, palpasi, tidak ada nyeri tekan dan krepitasi, perkusi: suara pekak, dan auskultasi: lup dup. paru-paru: inspeksi: tidak ada luka memar, jejas, palpasi: tidak ada nyeri tekan, perkusi: sonor, dan auskultasi: tidak ada suara napas tambahan dan vaskuler.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan data inspeksi: ada bekas luka post operasi laparatomi di bagian umbilikal dan stoma (kantong kolostomi) di bagian lumbal kiri, tidak ada panas, tumor, rubor (kemerahan) pada luka, auskultasi: bising usus normal, perkusi: timpani, palpasi adanya nyeri tekan.

Genitalia: berjenis kelamin laki-laki, ekstremitas atas dan bawah, *capillary refill time* <3 detik, kemampuan berfungsi : pasien tampak lemah, tidak bisa ke kamar mandi, dibantu oleh menantunya untuk sibili dan BAK, BAB dibantu oleh perawat karena terpasang kolostomi, terpasang infus ditangan kanan, kebersihan kulit, keriput, warna sawo matang, kering, turgor kulit normal, tidak ada edema, ada luka post operasi laparatomi hari ke-4 di bagian perut umbilikal, dan stoma di bagian lumbal kiri, warna stoma pink pucat, luka post operasi masih basah.

D. Data penunjang

1. Hasil pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan Kimia Klinik tanggal 1 Maret 2023

Analisa gas darah

FIO₂ 70 %, Ph 7,51 (7,37 – 7,45), Ph (37C) 7,495, pCO₂ 23,3 mmHg (33 – 44 mmHg), pCO₂ (37C) 24,4 mmHg, pO₂ 241,9 mmHg (71,0 – 104,0 mmHg), pO₂ (37C) 246,6 mmHg, sO₂ % 99,9 % (94 – 98 %), HCT 29,0 g/dL (35,0 – 45,0 g/dL), Hb 9,7 (11,7 – 15,5 g/dL), BE (ecf) -4,5 mmol/L, BE (b) -2,6 mmol/L (-2,00 - + 3,00 mmol/L), SBC 22,2 mmol/L, HCO₃ 18,9 mmol/L (22,0 – 29,0 mmol/L), TCO₂ 19,7

mmol/L (23,0 – 27,0 mmol/L), A 477,1 mmHg, AADO₂ 235,2 mmHg, a/A 0,5, RI 1,0, Lactate 2,4 mmol/L, Calcium ++ 1,10 mmol/L.

KIMIA KLINIK elektrolit (Na, K, Cl) Natrium (Na) 139,0 mmol/L (135 – 147 mmol/L), Kalium 3,80 mmol/L (3,5 – 5,0 mmol/L), Klorida (Cl) 104,0 mmol/L (95 – 105 mmol/L) Calcium 6,1 mg/dL (8,8 – 10,8 mg/dL duplo).

Hematologi

Tanggal 1 Maret 2023

Darah rutin 1 Hemoglobin 9,3 g/dL (13,2 – 17,3 g/dL), Hematokrit 27,5 % (33,0 – 45,0 %), Leukosit 8,70 (3,80 – 10,60 ribu/ μ L), Trombosit 135 ribu/ μ L (150 - 440 ribu/ μ L).

Tanggal 2 Maret 2023

Hasil Hemoglobin 11,1 g/dL (13,2-17,3 g/dL) duplo, Hematokrit 33,1 (33,0 – 45,0 %), Leukosit 20,31 ribu/ μ L (3,80 – 10,60 ribu/ μ L) sesuai SADT, Trombosit 156 ribu/ μ L (150 – 440 ribu/ μ L).

Tanggal 4 Maret 2023

Hasil Hemoglobin 8,9 g/dL (13,2-17,3 g/dL) duplo, Hematokrit 26,2 % (33,0 – 45,0 %), Leukosit 3,91 ribu/ μ L (3,80 – 10,60 ribu/ μ L), Trombosit 194 ribu/ μ L (150 – 440 ribu/ μ L).

Tanggal 5 Maret 2023

Hasil Hemoglobin 11,8 g/dL (13,2-17,3 g/dL) duplo, Hematokrit 34,8 (33,0 – 45,0 %), Leukosit 7,72 ribu/ μ L (3,80 – 10,60 ribu/ μ L), Trombosit 221 ribu/ μ L (150 – 440 ribu/ μ L).

2) CT Scan Abdomen (CT Scan Kontras)

Hepar ukuran normal, tepi reguler, parenkim normal, tampak lesi hipodens batas tegas tepi irreguler disegmen 7, lobus kanan ukuran sekitar 6,4 x 6,9 x 4,8 cm post injeksi kontras tampak penyengatan, V. Porta dan V. Hepatika tak lebar.

Ductus Biliaris tak lebar, Vesika Fellea ukuran normal, dinding tak tebal, tak tampak batu, Lien ukuran normal, parenkim normal, V. Lienalis tak lebar.

Ginjal kanan ukuran, letak dan aksis normal, parenkim normal, PCS tak lebar, tak tampak batu/ massa, Ginjal kiri ukuran, letak dan aksis normal, parenkim normal, PCS tak lebar, tak tampak batu/ massa, Vesika Urinari dinding tak tebal, tak tampak batu/ massa, Prostat tak membesar, tak tampak klasifikasi atau nodul.

Masih tampak massa Regio Rektosigmoid meluas ke arah lumen dan ke arah peritoneum ukuran sekarang sekitar 7,61 x 7,23 x 8,29 cm (ukuran sebelumnya sekitar 7,5 x 7,5 x 11 cm) post injeksi kontras tampak penyengatan. Saat ini tampak nodul multipel di para aorta ukuran sekitar 1,4 x 1,1 cm. Tampak cairan bebas intra abdominal minimal. Tak tampak efusi pleura. Tampak osteofit pada vertebra lumbalis. Tampak corpus L3,4,5 pipih. Tampak skoliosis lumbalis dengan konveksitas ke kanan.

KESAN:

Masih tampak massa di regio rektosigmoid meluas ke arah lumen dan peritoneum ukuran sekarang 7,61 x 7,23 x 8,29 cm (ukuran sebelumnya 7,5 x 7,5 x 11 cm). Saat ini tampak nodul di segmen 7 lobus kanan hepar ukuran sekitar 6,4 x 6,9 x 4,8 cm dan Limfadenopati multipel para aorta cenderung metastasis. Asites minimal. Spondislosis lumbalis. Skoliosis lumbalis dengan konveksitas ke kanan. Corpus L3,4,5 pipih cenderung proses degeneratif. Ginjal, Lien dan pankreas dalam batas normal.

3) Thorax besar (non kontras)

Radiografi thorax pada tanggal 27 Februari 2023

COR: bentuk dan letak jantung normal

PULMO: corakan Bronchovaskuler tampak normal

Tak tampak bercak maupun nodul pada kedua lapangan paru

Diafragma dan sinus costophrenikus kanan kiri baik

Tak tampak lesi litik sklerotik maupun destruksi pada os costa, os scapula dan clavicula yang tervisualisasi.

KESAN:

Cor tak membesar.

Pulmo tak tampak in filtrat

Tak tampak gambaran metastasis pada Pulmo dan tulang yang terlihat.

4) Patologi anatomi

Pada tanggal 11 Mei 2022

Organ : regio Colon Sigmoid

Diterima : satu tempat sediaan identitas sesuai

Makroskopik : Fragmen jaringan sebanyak +/- 6 cc, dengan berat 7,0 gram, berwarna coklat kehitaman, konsistensi kenyal, semua cetak

Mikroskopik : Sediaan menunjukkan jaringan dengan tumor, batas tidak tegas, in filtrat ke stroma sekitar dan lemak. Tumor tersusun dalam jaras-jaras, storiform. Sel tumor terdiri atas sel spindle, sitoplasma sedikit inti oval, spindle, kromatin kasar, sebagian anak inti tampak jelas. Mitosis dapat dijumpai. Stroma dengan perdarahan disebut banyak sel radang, limfosit dan neutrophil dominan.

Kesimpulan :

Regio Colon Sigmoid: Malignant spindle cell tumor DD:

- Gastrointestinal stromal tumor (GIST)
- Leiomyosarcoma

Saran : untuk konfirmasi diagnosis diperlukan pengecatan imunohistokimia (IHC), DOG1 dan CD117 (untuk GIST) dan SMA (untuk Leiomyosarcoma).

Pada tanggal 6 Maret 2023

Lokasi : rektum

Cara pengambilan : operasi

Histologi jaringan sedang

Makroskopis : sediaan dari rektum ukuran 7 x 4 x 3 cm, warna cokelat, konsistensi kenyal

Mikroskopis : menunjukkan kelompok sel-sel bentuk fusiform agak pleimorfik yang tersusun padat dengan inti berkromatin kasar, mitosis dapat ditemukan.

Sesuai dengan Malignant GIST (Gastrointestinal Stroma Tumor)

Sara: pengecekan IHK CD 117 & CD 34 untuk konfirmasi.

2. Diet yang diperoleh

Diet pasca bedah II 2x dan ekstra susu

3. Terapi dan penjelasannya

- a. Cefotaxime 3x1 IV 1 gram
- b. Asam tranexamat 3x1 IV 500 mg
- c. Ca Gluconat 2x1 IV 1 gram
- d. Metoclopramid 2x1 IV 10 mg
- e. NaCl 0,9 % IV 20 tetes/ menit
- f. Ringer Laktat dan Tutosol 2:1 IV 20 tetes/ menit
- g. Darah jenis PRC 2 kolf pada 5 Maret 2023

E. Analisa data

Pada tanggal 4 Maret 2023 jam 14.00, didapatkan data subjektif bahwa pasien mengeluh lelah dan merasa lemah, frekuensi jantung meningkat 80x/menit, Hb: 8,9 g/dL (Anemia). Maka dari itu didapatkan diagnosa keperawatan berupa intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan anemia dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemas, hasil pemeriksaan Hemoglobin 8,9 g/dL.

Data fokus kedua adalah pada tanggal 4 Maret 2023 pada jam 14.00, dengan data subjektif pasien mengeluh nyeri, mual dan menanyakan kapan pulang, nyeri di bagian luka operasi laparatomi hari ke-4, P: luka post operasi Laparatomi, Q: tertusuk-tusuk, R: perut bagian umbilikalisis, S: 3, T: hilang timbul. Pada perut terdapat luka post operasi laparatomi H-4 bagian umbilikalisis, pasien tampak gelisah Tekanan darah 120/80 mmHg, Rr: 20x/menit, nadi: 80x/menit, SPO2: 98 % dan suhu tubuh 36,5°C. Maka didapatkan diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek

samping terapi dibuktikan dengan mengeluh nyeri, mual dan muntah, tampak gelisah.

Data fokus ketiga pada tanggal 4 Maret 2023, didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri (dolor) di bagian luka post operasi laparatomi H-4 bagian umbilikalis, kadar leukosit 3,91 ribu/ mikro liter, tidak ada tumor, kalor, rubor, pasien di berikan Cefotaxime 3x1 melalui intravena dengan suhu tubuh 36,5°C. Maka didapatkan diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

F. Intervensi keperawatan

Pada tanggal 4 Maret 2023 pada pukul 14.00 ditetapkan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan diagnosa utama berupa intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan anemia dibuktikan dengan dibuktikan dengan mengeluh lelah dan lemas, hasil pemeriksaan Hemoglobin 8,9 g/dL.

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil frekuensi nadi meningkat dan keluhan lelah menurun. Dengan intervensi keperawatan manajemen anergi berupa identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, anjurkan tirah baring. Intervensi dukungan perawatan diri: BAB/ BAK dan mandi, identifikasi kebiasaan BAB/BAK, buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi, dukung penggunaan urinal atau pispot, dan anjurkan kepada keluarga untuk memandikan pasien.

Pada tanggal 4 Maret 2023 pada pukul 14.00 ditetapkan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan diagnosa kedua berupa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi dibuktikan dengan mengeluh nyeri, mual dan muntah, tampak gelisah.

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, mual menurun, keluhan nyeri menurun. Dengan intervensi keperawatan manajemen nyeri berupa identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik non farmakologis napas dalam, dan kolaborasi pemberian analgetik atau anti emetik, jika perlu.

Pada tanggal 4 Maret 2023 pada pukul 14.00 ditetapkan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan diagnosa ketiga berupa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, kultur area luka membaik.

Dengan intervensi pencegahan infeksi berupa monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.

Intervensi perawatan luka berupa monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril, ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori, dan kolaborasi pemberian antibiotik.

G. Implementasi

Pada tanggal 4 Maret 2023 jam 14.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa pertama berupa manajemen energi dan dukungan perawatan diri. Pada implementasi pertama dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan didapatkan data subjektif pasien

mengatakan lelah dan hanya di tempat tidur karena selesai operasi laparatomi H-4 dan data objektif berupa pada abdomen tampak luka di bagian perut umbilikalisis dan nadi 80x/ menit.

Implementasi kedua memonitor pola dan jam tidur didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidurnya nyenyak jam 10.00 – 11.00 siang tidur siang dan data objektif tidak ada. Implementasi ketiga mengidentifikasi kebiasaan BAK/BAB didapatkan data subjektif pasien mengatakan lebih sering BAK, kalau BAB tergantung, untuk BAK dibantu oleh anaknya dan BAB dibantu perawat dan mandi hanya disibin oleh anaknya dan data objektif tidak ada. Implementasi ke empat menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus didapatkan objektif perawat menutup gorden bilik pasien. Implementasi kelima menganjurkan kepada keluarga untuk memandikan pasien didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak bisa mandi hanya disibin saja dan data objektif tidak ada.

Pada tanggal 4 Maret 2023 jam 14.30 melakukan implementasi keperawatan diagnosa ke 2 berupa manajemen nyeri. Pada implementasi pertama mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala dan faktor yang meringankan dan memperberat nyeri didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri di bagian luka operasi saat bergerak dengan pengkajian nyeri P: luka *post* operasi laparatomi hari ke-4, Q: tertusuk-tusuk, R: perut, S: 3 (rentang 1-10), T: hilang perut timbul dan data Objektif didapatkan pada perut pasien tampak luka post op laparatomi hari ke-4, pasien tampak gelisah. Implementasi ke dua memberikan dan menjejarkan teknik non farmakologis (teknik napas dalam saat memberikan injeksi) didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak nyeri dan data objektif data objektif didapatkan pasien tampak menarik napas dalam. Implementasi ke tiga memfasilitasi istirahat dan tidur didapatkan data subjektif keluarga mengatakan pasien sedang tidur dan data objektif pasien tampak tertidur. Pada implementasi ke empat mengolaborasi pemberian anti emetik Metoclopramid didapatkan data pasien mengatakan tidak nyeri dan data objektif pasien diberikan injeksi intravena Metoclopramid 5 mg 1 ampul.

Pada tanggal 4 Maret 2023 jam 15.00 melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa ke 3 berupa pencegahan infeksi. Implementasi yang pertama memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak nyeri dan data objektif suhu tubuh 36,5° C. implementasi ke dua mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien didapatkan data objektif perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Implementasi ke tiga menjelaskan tanda dan gejala infeksi didapatkan data subjektif pasien mengatakan paham dengan penjelasan perawat. Implementasi ke empat mengajarkan cara mencuci tangan didapatkan data pasien dapat mendemonstrasikan kembali cara mencuci tangan. Implementasi ke 5 kolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 1gram didapatkan data objektif pasien diberikan injeksi intravena Cefotaxime 1gram.

Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 16.00 melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa 1 berupa manajemen energi dan dukungan perawatan diri. Pada implementasi pertama membuka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi BAB didapatkan data subjektif pasien mengatakan BAB melalui kolostomi dan buang angin dan data objektif kolostomi tampak feses berwarna coklat pekat berbau. Implementasi kedua menyediakan urinal pasien untuk BAK didapatkan data subjektif pasien mengatakan ingin BAK dan data objektif pasien tampak dibantu oleh keluarga menggunakan urinal. Implementasi ke tiga menyediakan air untuk pasien mandi didapatkan data subjektif keluarga mengatakan ingin menyibin pasien dan data objektif keluarga tampak membantu pasien sibin. Implementasi ke empat menganjurkan tirah baring didapatkan data subjektif pasien dan keluarga mengatakan sudah mulai duduk dan miring kanan miring kiri dan sudah tidak lelah dan data objektif nadi 83x/menit.

Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 16.00 melakukan implementasi keperawatan berupa manajemen nyeri. Pada implementasi pertama mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan skala nyeri didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak nyeri atau mual dan

menanyakan kapan pulang, dengan pengkajian nyeri P: luka post operasi laparatomi hari ke 5, Q: tertusuk-tusuk, R: perut bagian umbilikal, S: 2 (rentang 1-10), T: hilang timbul dan data objektif pasien tampak tenang dan tidak gelisah.

Pada tanggal 5 Maret 2023 pukul 08.00 melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa ketiga berupa pencegahan infeksi dan perawatan luka. Implementasi pertama mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien didapatkan data subjektif tidak ada dan objektif perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Implementasi kedua melepaskan balutan dan plester perlahan didapatkan data subjektif tidak ada dan objektif balutan tampak terlepas. Implementasi ke tiga memonitor karakteristik luka didapatkan data pasien mengatakan tidak nyeri dan objektif luka tampak masih basah, berwarna merah muda, tidak ada kemerahan, bengkak tidak ada perubahan suhu dan objektif suhu tubuh $37,1^{\circ}\text{C}$.

Implementasi ke empat memonitor tanda dan gejala infeksi didapatkan data mengatakan tidak nyeri dan objektif luka tampak masih basah, berwarna merah muda, tidak ada kemerahan, bengkak tidak ada perubahan suhu dan objektif suhu tubuh $37,1^{\circ}\text{C}$. pada implementasi kelima membersihkan NaCl dan mempertahankan teknik steril didapatkan data objektif luka dibersihkan dengan NaCl. Implementasi ke 6 memasang balutan sesuai jenis luka didapatkan data objektif luka ditutup dengan kasa dan plester. Implementasi ke 7 mengganti balutan setiap 2 hari sekali didapatkan data objektif balutan diganti hari ini tanggal 5 dan tanggal 7 lusa. Implementasi terakhir mengolaborasi pemberian antibiotik, anti perdarahan Cefotaxime dan Asam Tranexamat didapatkan data pasien diberikan injeksi intravena Cefotaxime 1gram dan asam tranexamat 1 ampul.

Pada tanggal 6 Maret 2026 pukul 08.00 melakukan implementasi pada diagnosa pertama berupa manajemen energi dan dukungan perawatan. Pada implementasi pertama mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak

lelah, sudah bisa duduk. Implementasi kedua memonitor pola dan jam tidur didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidur dengan nyenyak dan data objektif pasien tampak tenang. Implementasi ketiga menyediakan lingkungan yang nyaman didapatkan data objektif nadi 87x/menit.

Pada tanggal 6 Maret 2023, melakukan implementasi pada diagnosa keperawatan risiko infeksi berupa pencegahan infeksi. Implementasi pertama memonitor tanda dan gejala infeksi lokal didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak nyeri dan data objektif luka tampak tidak rembes dan suhu tubuh 36,5 °C. implementasi ke dua mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien didapatkan data objektif perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Implementasi ketiga menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori didapatkan data subjektif pasien mengatakan memakan makanan yang disediakan Rs dan data objektif didapatkan pasien menghabiskan makanannya. Implementasi keempat mengolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime didapatkan data objektif pasien diberikan injeksi antibiotik Cefotaxime (IV).

H. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 4 Maret 2023 jam 21.00 dengan diagnosa 1 menghasilkan S: pasien mengatakan lelah dan hanya di tempat tidur karena post operasi laparatomi. O: pada perut tampak luka post operasi laparatomi h-4, tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36,5°C, Rr: 20x/menit, SPO2: 98% Hb: 8,9 g/dL. A: masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian. P: lanjutkan intervensi 1) membuka pakaian pasien yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi BAK/BAB, 2) sediakan urinal untuk BAK, 3) sediakan air untuk sibil, 4) anjurkan tirah baring.

Pada diagnosa 2 didapatkan S: pasien mengatakan nyeri di bagian luka operasi jika bergerak, mual dan pengkajian nyeri didapatkan P: luka post operasi, Q: tertusuk-tusuk, R: perut bagian umbilikalis, S: 3 dan T: hilang timbul. O: pada perut terdapat luka post operasi laparatomi, pasien tampak gelisah, A: masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian dan P: lanjutkan intervensi 1)

identifikasi lokasi, frekuensi, durasi, kualitas, dan skala nyeri, 2) anjurkan teknik non farmakologis.

Evaluasi diagnosa ketiga didapatkan S: pasien mengatakan masih nyeri, tidak ada gatal, O: perut tampak ada luka post operasi, tekanan darah: 120/80 mmHg, Rr: 20 x/menit, nadi: 80 x/menit, SPO2: 98%, suhu: 36,5°C, leukosit: 3,91 ribu/mikro liter, A: masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian, dan P: lanjutkan intervensi 1) mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, 2) lepaskan balutan dan plester secara perlahan, 3) monitor karakteristik luka, 4) monitor tanda-tanda infeksi, 5) bersihkan dengan NaCl, 6) pertahankan teknik steril, 7) pasang balutan sesuai jenis luka, 8) ganti balutan 2 hari sekali, 9) kolaborasi pemberian antibiotik.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada 5 Maret 2023 pukul 21.00, dengan diagnosa 1 didapatkan S: pasien mengatakan sudah tidak lelah, O: pasien tampak tenang, tekanan darah: 130/72 mmHg, nadi: 83 x/menit, suhu: 37,1°C, Rr: 20 x/menit, SPO2: 97%, A: masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian, P: lanjutkan intervensi 1) identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, 2) monitor pola dan jam tidur.

Pada diagnosa 2 didapatkan S: pasien mengatakan tidak nyeri atau mual dan menanyakan kapan pulang, O: pasien tampak tenang, tekanan darah: 130/72 mmHg, nadi: 83x/menit, suhu: 37,1 °C, Rr: 20x/menit, SPO2: 97%, A: masalah teratasi, tujuan tercapai, P: hentikan intervensi.

Pada diagnosa 3 didapatkan S: pasien mengatakan tidak nyeri, O: luka tampak masih basah, warna merah muda, tidak ada kemerahan, bengkak, tidak ada perubahan suhu, tekanan darah: 130/72 mmHg, nadi: 83x/menit, suhu: 37,1°C, Rr: 20 x/menit, A: masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian, P: lanjutkan intervensi 1) monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, 2) cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, 3) anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori, 4) kolaborasi pemberian antibiotik.

Evaluasi keperawatan pada 6 Maret 2023 pukul 14.00 pada diagnosa 1 didapatkan S: pasien mengatakan tidak lelah, sudah bisa duduk, miring kanan miring kiri, O: pasien tampak tenang, tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi:

87x/menit, suhu: 36,5°C, Rr: 20x/menit, SPO2: 98%, A: masalah teratasi, tujuan tercapai, P: hentikan intervensi.

Pada diagnosa 2 didapatkan S: pasien mengatakan tidak nyeri, O: luka tampak tidak rembes, suhu 36,5°C, A: masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian, P: lanjutkan intervensi 1) cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab IV penulis menguraikan hasil analisa asuhan keperawatan pada Tn. D dengan kanker kolorektal yang telah di selaraskan dengan teori dan konsep penyakit yang ditemukan. Asuhan keperawatan pada Tn. D dilakukan tiga hari pada 4 sampai 6 Maret 2023 diruang Baitus Salam 1.

Bab ini berisi penyelesaian masalah proses pada kasus tersebut dimana telah disesuaikan dengan konsep dasar asuhan keperawatan berupa pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan yang telah tercantum pada Bab II. Kemudian penulis akan mengimplikasikan diagnosa keperawatan yang semestinya tercantum, tetapi tidak diangkat oleh penulis dan penulis akan memperkuat hasil penelitian dengan membahas intervensi utama yang di dapatkan.

A. Pengkajian

Pada bab IV ini penulis akan mengulas hasil pengkajian yang dilakukan oleh penulis. Pada pengkajian status kesehatan saat ini, penulis kurang detail dalam melakukan pengkajian. Seharusnya penulis lebih detail mengkaji tentang faktor pencetus atau penyebab pasien mengalami kanker kolorektal. Pada pengkajian riwayat kesehatan masa lalu, penulis kurang detail dalam mengkaji. Seharusnya penulis mengkaji dan melihat hasil pemeriksaan Patologi Anatomi pasien.

Pada pengkajian konsep diri, penulis kurang tepat dalam mendokumentasikannya, seharusnya penulis melakukan pengkajian yang lebih detail mengenai konsep diri pasien. Pada pemeriksaan fisik ekstremitas atas dan bawah pada kekuatan otot. Seharusnya penulis mendokumentasikan derajat kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah. Pada pemeriksaan fisik abdomen, penulis kurang tepat dalam mendokumentasikannya. Seharusnya

pada pemeriksaan fisik abdomen inspeksi, luka terdapat pada kuadran kiri bawah sampai diatas simfisis pubis, berapa panjang luka, berapa jahitan luka, perdarahan pada luka, terdapat stoma di kuadran kiri atas, konsistensi feses, dan warna feses. Pada penulisan diet pasien penulis kurang tepat dalam mendokumentasikannya, seharusnya penulis mengetahui apa itu CII (2x ekstra susu) yang artinya diet pasca bedah II 2x dan ekstra susu.

Pada pengkajian keperawatan yang telah dilaksanakan pada tanggal 4 Maret 2023 pada pukul 14.00 WIB di ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang penulis menemukan diagnosa medis penyakit Tn. D berupa post Laparatomi reseksi adhesiolisis hari ke4 atas indikasi kanker kolorektal dan post transfusi.

Pengumpulan data dalam penyusunan asuhan keperawatan penulis menggunakan metode pengkajian berupa wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik terhadap Tn. D dengan post laparatomi indikasi Kanker Kolorektal. Pengkajian yang dilakukan penulis pada tanggal 4 Maret 2023 didapatkan data keluhan lelah, lemas, mual, nyeri jika bergerak, terdapat luka operasi laparatomi di abdomen bagian kuadran kiri bawah sampai diatas simfisis pubis, nadi 80 x/menit dan hasil pemeriksaan Hemoglobin yang rendah yaitu 8,9 g/dL (Normal 13,2-17,3 g/dL).

Laparotomi adalah tindakan bedah dengan insisi/ sayatan pada dinding perut hingga ke rongga perut (Utami, 2016). Kolon berada proksimal dari usus besar, sedangkan rektum terdapat di bagian distal antara 5-7 cm diatas anus, maka kanker kolorektal itu sendiri ditujukan sebagai keganasan/ kanker yang terjadi di bagian usus besar dan rektum (Sayuti & Nouva, 2019).

Tanda dan gejala kanker kolorektal menurut (Sayuti & Nouva, 2019) antara lain merasa lelah, mual dan muntah, nyeri perut, dan BAB berdarah. Menurut Suratun & Lusianah (2014) tanda dan gejala lain adalah anemia. Pada tinjauan kasus didapatkan data mual, lelah, anemia dan terdapat massa di abdomen. Berdasarkan pengamatan penulis antara konsep teori dan kasus tidak terdapat kesenjangan karena gejala yang dialami pasien sama dengan gejala kanker kolorektal yaitu mual, lelah, anemia dan adanya massa di abdomen.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian keperawatan, penulis menemukan 3 diagnosa yang kemudian akan dilakukan intervensi dan diakhiri oleh evaluasi keperawatan. Diagnosa keperawatan mencakup:

1. Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah, lemas, frekuensi nadi 80 x/menit dan hasil pemeriksaan Hemoglobin 8,9 g/dL.

Menurut PPNI (2017), intoleransi aktivitas adalah tidak cukupnya energi untuk mengerjakan aktivitas sehari-hari. Diagnosa pertama yaitu intoleransi aktivitas, penulis mengangkat diagnosa karena terdapat data subjektif yaitu pasien mengeluh lemah dan lelah. Sedangkan didapatkan data objektif yaitu nadi 80 x/menit dan hasil pengujian darah didapatkan hemoglobin rendah 8,9 g/dL. Berdasarkan data tersebut maka diagnosa intoleransi aktivitas dapat ditegakkan dan menjadi diagnosa prioritas karena diagnosa intoleransi aktivitas masuk dalam diagnosa aktual.

Alasan penulis mengangkat diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas sebagai diagnosa prioritas utama karena pada pasien kanker kolorektal yang mengalami anemia akibat perdarahan akut bahkan sampai kronik, eritrosit dan komponen darah lainnya hilang dari tubuh yang mengakibatkan peredaran volume darah menurun sehingga dapat terjadi penurunan curah jantung. Mekanisme kompensasi untuk mempertahankan curah jantung dengan naiknya frekuensi jantung dan mengecilnya pembuluh darah perifer. Jika hemoragik terus berlanjut, mekanisme kompensasi menjadi kurang efektif dan meningkatkan risiko syok dan gagal sirkulasi (Le Mone et al., 2016).

Perdarahan yang terjadi di rektum mengakibatkan BAB disertai darah, terjadilah penurunan kadar hemoglobin dalam darah menyebabkan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O₂ dalam darah menurun, gejala yang di rasakan oleh pasien adalah kelemahan mengakibatkan intoleransi aktivitas (Lemone et al., 2016).

Pada diagnosa intoleransi aktivitas penulis kurang tepat mendokumentasikannya dalam menentukan penyebab fisiologis dari penyakit yang akan diangkat menjadi diagnosa utama, dimana seharusnya penyebab intoleransi aktivitas adalah ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen berkaitan dengan kondisi klinis anemia yang dialami oleh pasien, seharusnya penulis menuliskan diagnosa intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah, frekuensi nadi 80x/ menit dan pemeriksaan Hb 8,9 g/dL.

2. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi dibuktikan dengan mengeluh nyeri, mual dan muntah, tampak gelisah.

Menurut PPNI (2017), gangguan rasa nyaman merupakan rasa kurang senang, lega, dan sempurna dalam aspek fisik, psikososial, lingkungan dan sosial. Pada tanggal 4 Maret 2023 penulis melakukan pengkajian, didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri, mual, dan menanyakan kapan pulang, nyeri di bagian luka operasi laparatomi hari ke empat, dengan pengkajian nyeri P: luka post operasi laparatomi, Q: tertusuk-tusuk, R: perut bagian umbilikalis, S: 3, T: hilang timbul. Pada perut terdapat luka post operasi laparatomi H-4 bagian umbilikalis, pasien tampak gelisah, Tekanan darah 120/80 mmHg, Rr: 20x/menit, nadi: 80x/menit, SPO2: 98 % dan suhu tubuh 36,5°C.

Sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan tanda mayor dan minor yang sama dengan pasien berupa mengeluh nyeri, gelisah, dan mengeluh mual. Gangguan rasa nyaman berupa mual yang diakibatkan oleh efek samping terapi obat asam tranexamat dan Cefotaxime (Instalasi Farmasi RSUD Dr. Soetomo - Surabaya, 2022). Nyeri yang diakibatkan oleh luka setelah hari ke-4 pembedahan.

Penulis menegakkan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi menjadi diagnosa prioritas kedua karena konsep

kenyamanan memiliki subjektivitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam menggambarkan dan merasakan nyeri, karena dipengaruhi sifat fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan (Ruminem, 2021).

Pada diagnosa kedua, penulis kurang tepat dalam merumuskan diagnosa karena menurut PPNI, 2017 Diagnosis gangguan rasa nyaman dirumuskan jika rasa tidak nyaman yang dirasakan timbul tanpa adanya cedera pada jaringan. Jika rasa tidak nyaman muncul karena kerusakan jaringan seperti adanya luka, maka diagnosis yang seharusnya adalah nyeri akut atau nyeri kronis. Seharusnya penulis menegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri dan luka post operasi laparatomi hari ke-4.

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

Risiko infeksi merupakan kondisi dimana individu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2017a). Penulis menegakkan diagnosa tersebut dikarenakan dalam pengkajian ditemukan data subjektif pasien mengeluh nyeri di bagian luka post operasi laparatomi H-4 bagian umbilikalis, kadar leukosit 3,91 ribu/ mikro liter, tidak ada tumor, kalor, rubor, pasien di berikan Cefotaxime 3x1 melalui intravena dengan suhu tubuh 36,5°C.

Penulis merumuskan diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif sebagai diagnosa ketiga karena tindakan bedah laparatomi yang dilakukan pada pasien menghasilkan luka di bagian perut. Kebanyakan operasi bedah digestif tergolong dalam kategori terkontaminasi (*clean and dirty*) akibatnya memiliki risiko infeksi yang lumayan tinggi yakni sekitar 20 - 40 %. Jika tidak dilakukan perawatan luka yang baik dan benar (Nirbita et al., 2017).

C. Intervensi Keperawatan

- 1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan mengeluh lelah, lemas, frekuensi nadi 80 x/menit dan hasil pemeriksaan Hemoglobin 8,9 g/dL.**

Dalam merumuskan rencana keperawatan penulis kurang tepat dalam mendokumentasikan intervensi keperawatan pada tujuan dan kriteria hasil, seharusnya penulis mengacu pada smart (*specific, measurable, achievable, realistic, time*) agar penulis mengetahui target yang akan dicapai. Dalam intervensi keperawatan dukungan perawatan diri: BAB/BAK, penulis tidak menyertakan perawatan stoma karena pasien terpasang kolostomi. Seharusnya penulis mendokumentasikan perawatan stoma dalam intervensi keperawatan. Dalam intervensi manajemen energi, penulis kurang tepat dalam mendokumentasikan, seharusnya penulis menyertakan intervensi lakukan latihan rentang aktif/ pasif dan anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Adapun intervensi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring yang dilakukan selama 3x8 jam, penulis akan menguraikan tindakan rasional yang dilakukan yaitu, manajemen anergi dan dukungan perawatan diri. Manajemen energi adalah mengetahui dan mengendalikan penggunaan energi untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan (PPNI, 2017a). Dukungan perawatan diri adalah memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil dan buang air besar (PPNI, 2017a).

Manajemen energi berupa identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan untuk mengetahui penyebab kelelahan yang dialami pasien, monitor pola dan jam tidur untuk membantu pasien mendapatkan istirahat tidur yang cukup, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus agar tidak mengganggu pasien dalam beristirahat, anjurkan tirah baring agar pasien beristirahat (PPNI, 2018).

Intervensi dukungan perawatan diri: BAB/ BAK dan mandi, identifikasi kebiasaan BAB/BAK untuk membantu pasien dalam melakukan BAB/ BAK, buka pakaian pasien yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi, dukung penggunaan urinal atau pispot agar pasien tidak harus ke kamar mandi karena pasien harus tirah baring, dan anjurkan kepada keluarga untuk memandikan pasien agar pasien terjaga kebersihannya.

Intervensi utama yang dilakukan penulis adalah menganjurkan untuk tirah baring, selain itu juga ada dukungan perawatan diri: BAB/ BAK karena pengeluaran energi untuk ADL dapat menyebabkan kebutuhan oksigen melebihi suplai pada pasien yang mengalami anemia (Le Mone et al., 2016).

2. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan efek samping terapi dibuktikan dengan mengeluh nyeri, mual dan muntah, tampak gelisah.

Dalam merumuskan rencana keperawatan penulis kurang tepat dalam mendokumentasikan intervensi keperawatan pada tujuan dan kriteria hasil, seharusnya penulis mengacu pada smart (*specific, measurable, achievable, realistic, time*) agar penulis mengetahui target yang akan dicapai.

Intervensi keperawatan pada diagnosa kedua manajemen nyeri berupa identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri untuk mengetahui karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yang dialami pasien, fasilitasi istirahat dan tidur untuk memberikan kenyamanan pada pasien, ajarkan teknik non farmakologis napas dalam agar pasien jika merasa nyeri dapat mendemonstrasikan secara mandiri, dan kolaborasi pemberian analgetik atau anti emetik untuk mengatasi nyeri dan mual yang dialami pasien.

Teknik relaksasi napas dalam menurut Lestari et al., 2022 mempunyai pengaruh dalam penurunan skala nyeri.

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

Dalam merumuskan rencana keperawatan penulis kurang tepat dalam mendokumentasikan intervensi keperawatan pada tujuan dan kriteria hasil, seharusnya penulis mengacu pada smart (*specific, measurable, achievable, realistic, time*) agar penulis mengetahui target yang akan dicapai.

Intervensi pencegahan infeksi berupa monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik untuk mengetahui apakah ada gejala infeksi pada pasien, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien untuk menghindari adanya infeksi silang dari perawat ke pasien maupun dari pasien ke perawat, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi untuk menghindari infeksi yang terjadi, jelaskan tanda dan gejala infeksi untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar sebagai tindakan pencegahan infeksi dari pasien ke keluarga dan pasien lain, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai perkembangan luka yang baik.

Intervensi perawatan luka berupa monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril, ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori, dan kolaborasi pemberian antibiotik. Tujuan perawatan luka menurut Sulistyarningsih et al., 2022 adalah untuk mencegah infeksi, mencegah kontaminasi oleh kuman, mempercepat sembuhnya luka, menjaga luka dari trauma, imobilisasi luka, mencegah perdarahan, dan meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis.

D. Implementasi

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan mengeluh lelah adalah manajemen energi dan dukungan perawatan diri, selama 3 hari yang dimulai dari tanggal 4 - 6 Maret 2023. Penulis melakukan implementasi berupa memonitor gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur, mengidentifikasi kebiasaan pola BAB pasien karena pasien memakai kantong kolostomi, menyediakan lingkungan yang nyaman, menganjurkan tirah baring bertujuan untuk mengurangi kelelahan yang dirasakan oleh pasien, menganjurkan keluarga untuk membantu pasien untuk membersihkan diri karena pasien tidak bisa beraktivitas mandiri dan pasien juga diberikan transfusi PRC (*Packed red blood cell*) untuk menggantikan eritrosit yang hilang akibat perdarahan sebelumnya yang disebabkan pertumbuhan tumor/ kanker (Suddarth, 2013).

Pasien diberikan medikasi Asam Tranexamat bertujuan untuk menghentikan perdarahan misalnya pendarahan selama dan setelah operasi, mimisan, pendarahan akibat kekurangan faktor pembekuan darah didalam tubuh atau mungkin diberikan dengan alasan lain (PKRS RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2022). Dalam hal ini pasien diberikan Asam Tranexamat untuk menghentikan perdarahan yang disebabkan oleh pertumbuhan kanker sebelumnya.

Kesalahan dalam implementasi pada diagnosa pertama, penulis tidak melakukan latihan rentang gerak pasif maupun aktif dan penulis juga tidak menambahkan implementasi menganjurkan melakukan aktivitas bertahap dari miring kiri miring kanan, duduk dan latihan berdiri pada asuhan keperawatan. Pada asuhan keperawatan penulis tidak mendokumentasikan pasien diberikan transfusi darah jenis PRC pada tanggal 5 Maret 2022, karena transfusi diberikan pada pukul 12.00 dimana penulis sedang shift jaga malam.

Implementasi pada diagnosa kedua yaitu gangguan rasa nyaman, penulis melakukan manajemen nyeri berupa mengidentifikasi nyeri dengan melakukan

pengkajian nyeri PQRST, dan memberikan anti emetik untuk mual yang dirasakan pasien yaitu Metoclopramid 3x1 10 mg.

Pasien juga diajarkan teknik distraksi relaksasi napas dalam yang bertujuan untuk menurunkan nyeri, mual, membuat pasien lebih tenang, mempertahankan pertukaran gas yang ada di alveolus. Teknik yang dilakukan untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien adalah dengan merelaksasikan otot-otot tubuh yang mengalami kaku karena kenaikan kadar prostaglandin, juga mengakibatkan pelebaran pembuluh darah dan peningkatan aliran pembuluh darah dimana spasme itu terjadi. Teknik relaksasi napas dalam dapat menstimulasi tubuh untuk menghasilkan opioid, endorfin, endogen dan enkefalin (Utami, 2016). Kesalahan penulis dalam implementasi diagnosa kedua adalah tidak mendokumentasikan tindakan menganjurkan pasien untuk konsumsi makanan sedikit tapi sering pada tanggal 4 Maret 2023 pukul 16.00.

Implementasi pada diagnosa ketiga adalah pencegahan infeksi dan perawatan luka. Perawatan luka dilakukan 2 kali sehari, karena tergantung cairan eksudat yang dihasilkan luka, sebelum ke pasien penulis mencuci tangan terlebih dahulu untuk mencegah adanya infeksi silang dari perawat ke pasien dan sebaliknya dan pasien diberikan antibiotik Cefotaxime 3x1 1 gram.

E. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan pada diagnosa intoleransi aktivitas selama 3 hari diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil frekuensi nadi meningkat dan keluhan lelah menurun. Dimana pada hari pertama diperoleh data pasien merasa lelah dan frekuensi nadi 80x/menit, pada hari kedua diperoleh data keluarga mengatakan pasien sudah mulai bisa duduk miring kiri dan miring kanan dan frekuensi nadi meningkat 83x/menit, tetapi masih dalam rentang normal. Pada hari ketiga, pasien sudah bisa duduk dengan tenang, tidak mengeluh lelah dan frekuensi nadi 87x/menit. Pada hari ketiga diagnosa intoleransi aktivitas b.d kelemahan d.d mengeluh lelah teratasi dan tujuan tercapai.

Pada diagnosa kedua, gangguan rasa nyaman b.d efek samping terapi d.d mengeluh nyeri dan mual, dengan kriteria hasil keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, mual menurun, dan keluhan nyeri menurun. Evaluasi hari pertama pasien mengeluh nyeri jika bergerak skala nyeri 3, mual, dan gelisah. Pada evaluasi hari kedua, pasien mengatakan tidak nyeri dan mual, tampak tenang dan pada hari kedua masalah gangguan rasa nyaman telah teratasi, tujuan tercapai sehingga penulis menghentikan intervensi.

Pada diagnosa ketiga, risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, dengan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, kultur area luka membaik. Saat dilakukan perawatan luka, luka tampak masih basah, warna merah muda, tidak ada kemerahan, bengkak, tidak ada perubahan suhu. Pada evaluasi hari ketiga, pasien mengatakan tidak nyeri, O: luka tampak tidak rembes, suhu 36,5°C masalah belum teratasi, penulis melanjutkan intervensi yang telah disusun.

F. Diagnosa keperawatan tambahan

1. Nausea b.d efek agen farmakologis

Nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah (PPNI, 2017a). Data yang didapatkan penulis saat melakukan pengkajian adalah pasien mengeluh mual, sesuai dengan manifestasi klinik pada pasien kanker kolorektal, yaitu mual dan muntah. Selain mengeluh mual, data subjektif yang harus ada adalah merasa ingin muntah dan tidak berminat makan, tetapi penulis kurang tepat dalam melakukan pengkajian. Seharusnya penulis mengkaji lebih detail lagi mengenai data yang mendukung penegakan diagnosa Nausea b.d efek farmakologis. Dengan didapatkan data tersebut penulis tidak dapat menegakkan masalah keperawatan nausea karena keterbatasan dalam pemenuhan data.

2. Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh dan efek tindakan pembedahan

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu (PPNI, 2017a). Pasien Tn. D terpasang kantung kolostomi, dimana ada perubahan fungsi tubuh yang mulanya pasien BAB melalui anus, setelah melakukan pembedahan pembuatan kolostomi pasien BAB melalui lubang stoma tersebut. Hal ini sesuai dengan gejala dan tanda mayor gangguan citra tubuh yaitu fungsi struktur tubuh anus berubah, gejala dan tanda mayor yang seharusnya ada adalah mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh dan kehilangan bagian tubuh, tetapi penulis tidak mengkaji secara detail mengenai citra diri pasien, sehingga diagnosa gangguan citra tubuh tidak dapat ditegakkan.

3. Ansietas

Ansietas merupakan suatu kondisi emosi dan pengalaman subjektif dari seorang manusia terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik yang disebabkan oleh perkiraan bahaya yang mengharuskan individu untuk melakukan aksi untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017a). Pada hari ketiga tanggal 6 Maret 2023, pasien mengatakan kekhawatirannya apakah nanti tumornya akan tumbuh lagi dan dia akan melakukan operasi lagi, mengingat Tn. D sudah 2 kali menjalani operasi karena kanker juga dan rentang waktunya hanya kurang lebih 1 tahun saja. Dari data tersebut seharusnya dapat diangkat masalah keperawatan ansietas, tetapi karena penulis tidak mengkaji secara detail mengenai tingkat kecemasan pasien, maka diagnosa ansietas tidak dapat ditegakkan.

BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan dikelola selama 3 hari pada Tn. D dengan Kanker Kolorektal Post Laparatomi hari ke-4 di ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 2023.

A. Simpulan

1. Konsep medis (penyakit)

Kanker kolorektal merupakan keganasan yang terjadi di kolon dan rektum (bagian kecil dari usus besar sebelum anus). Penyebab dari kanker kolorektal itu sendiri belum diketahui secara jelas, tetapi ada beberapa faktor risiko yang sudah diidentifikasi yaitu faktor usia, diet makanan, gaya hidup, radiasi, riwayat polip di usus, dan riwayat kanker pada keluarga. Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan adalah pembedahan, kemoterapi, pembuatan kolostomi baik sementara maupun permanen, radiasi dan imunoterapi.

2. Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan yang dilaksanakan penulis melalui pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pada proses pengkajian didapatkan data berupa keluhan lelah, lemah, hasil pemeriksaan Hemoglobin 8,9 g/dL, nyeri/ tidak nyaman, mual, gelisah, dan terdapat luka di perut. Sehingga dirumuskan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas, gangguan rasa nyaman, dan risiko infeksi, dengan diagnosa utama intoleransi aktivitas. Tindakan yang dilakukan berfokus pada manajemen energi, dukungan perawatan diri dan perawatan luka. Evaluasi dilakukan dengan tetap melanjutkan intervensi yang telah disusun.

3. Analisis kasus

Masalah keperawatan yang terjadi setelah pembedahan pada pasien adalah intoleransi aktivitas dengan implementasi manajemen energi dan dukungan perawatan diri. Gangguan rasa nyaman nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam dan risiko infeksi yang ditangani dengan perawatan luka dan pencegahan infeksi.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Penulis berharap dengan adanya penulisan ini bisa menjadi sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa yang berkaitan dengan kasus kanker kolorektal.

2. Bagi perawat

Diharapkan bagi perawat agar tetap mempertahankan asuhan keperawatan yang sudah sesuai dengan standar dan prosedur yang telah ditetapkan terutama pada kasus *post op* laparatomi indikasi kanker kolorektal.

3. Bagi masyarakat

Penulis berharap dengan adanya penulisan ini dapat menjadi sarana informasi dan edukasi yang berkaitan dengan kanker kolorektal

4. Bagi rumah sakit

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi masyarakat diharapkan dapat meningkatkan sekaligus mempertahankan mutu dalam penanganan kasus *post op* laparatomi kanker kolorektal sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas mutu kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adila, A., & Mustika, S. E. (2023). Hubungan Usia Dan Jenis Kelamin Terhadap Kejadian Kanker Kolorektal. *Jurnal Kedokteran STM (Sains Dan Teknologi Medik)*, 6(1), 53–59. <https://doi.org/10.30743/stm.v6i1.349>
- Bouk, L. A. E., Sasputa, I. Ny., Wungouw, H. P. L., & Rante, S. D. T. (2021). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kanker Kolorektal di RSUD Prof.dr.W.Z.Johannes Kupang. *Cendana Medical*, XIV(01), 6–23.
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. Kementerian Kesehatan RI.
- Doenges, M. E., Moorhous, M. F., & Geissler, A. C. (2014). *Rencana asuhan keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. EGC.
- Globocan. (2021a). *World Health Organization Internasional Agency for Research on Cancer (IARC): Asia*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/935-asia-fact-sheets.pdf>
- Globocan. (2021b). *World Health Organization Internasional Agency for Research on Cancer (IARC): Indonesia*. World Health Organization. <https://doi.org/10.1001/jama.247.22.3087>
- Globocan. (2021c). *World Health Organization Internasional International Agency for Research on Cancer: World*. WHO.
- Instalasi Farmasi RSUD Dr. Soetomo - Surabaya. (2022). Cefotaxim. *Unit Pelayanan Informasi Obat Dan Konseling Instalasi Farmasi RSUD Dr. Soetomo*.
- Kemenkes RI. (2016). Panduan Penatalaksanaan Kanker kolorektal. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 76.
- Kemenkes RI. (2018). *KEMENKES RI NO.406 Tahun 2018 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kanker Kolorektal*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044%0Ahttps://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD8>
- Le Mone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan*

Medikal Bedah Gangguan Eliminasi Gangguan Kardiovaskuler (5th ed.).

- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Integumen Gangguan Endokrin Gangguan Gastrointestinal* (M. T. Iskandar (ed.); 5th ed.). EGC.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Integumen Gangguan Endokrin Gangguan Gastrointestinal* (M. T. Iskandar (ed.); 5th ed.). EGC.
- Lestari, S., Faridasari, I., Hikhmat, R., Kurniasih, U., & Rohmah, A. (2022). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri. *Jurnal Kesehatan*, 13(1), 1–6. <https://doi.org/10.38165/jk.v13i1.254>
- Lewandowska, A., Religioni, U., Czerw, A., Deptała, A., Karakiewicz, B., Partyka, O., Pajewska, M., Sygit, K., Cipora, E., Kmiec, K., Augustynowicz, A., Mękal, D., Waszkiewicz, M., Barańska, A., Mináriková, D., Minárik, P., & Merks, P. (2022). Nutritional Treatment of Patients with Colorectal Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116881>
- Muna, A. N. (2020). Karya Tulis Ilmiah Studi Dokumentasi Nyeri akut pada Ny. W dengan Carsinoma Paru. In *file:///C:/Users/VERA/Downloads/ASKEP_AGREGAT_ANAK_and_REMAJ_A_PRINT.docx* (Vol. 21, Issue 1). Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
- Mustafa, M., & Menon, J. (2016). Colorectal Cancer: Pathogenesis, Management and Prevention. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences Ver. IV*, 15(5), 2279–2861. <https://doi.org/10.9790/0853-15050494100>
- Nirbita, A., R, E. M., & Listiowati, E. (2017). Pengaruh Faktor Risiko Infeksi Daerah Operasi (IDO) terhadap Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Bedah Digestif di Sebuah Rumah Sakit Swasta. *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 93–98.
- Nirmawati. (2021). Evaluasi Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Perawat Tentang Surgical Site Infection Pada Pasien Kanker Kolon Post Operasi Laparatomi. *Digilib.Unhas.Ac.Id*. http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/Y2I0ZTAwNzk2NThlZWRhMzY1ZGFkÖWQ0NDYyMzk0YjU1NGU4N2U4OA==.pdf
- Peng, Y. N., Huang, M. L., & Kao, C. H. (2019). Prevalence of depression and anxiety in colorectal cancer patients: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph16030411>

- PKRS RSUD Dr. Soetomo Surabaya. (2022). *Asam Traneksamat. Unit Pelayanan Informasi Obat Dan Konseling Instalasi Farmasi RSUD Dr. Soetomo.*
- PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik.* Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2017b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (TIM POKJA SLKI DPP PPNI (ed.); 1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Rangki, L. (2018). Aspek Psikososial Pasien Pasca Kolostomi. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 18(3), 158–163. <https://doi.org/10.24815/jks.v18i3.18018>
- Rosaliani, V. (2019). *Laporan Pendahuluan Ca Recti Praktik Klinik Keperawatan Medikal Bedah II di Ruang 13 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.*
- Ruminem. (2021). *Mk. keperawatan dasar: Konsep kebutuhan rasa aman dan nyaman.* Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman Samarinda.
- Sanjaya, I. W. B., Lestari, A., Dwi, M., & Bharata, Y. (2023). *Karakteristik Klinis pada Pasien Kanker Kolorektal yang Menjalani Kolonoskopi di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2019 - 2020.* 3(1), 43–48.
- Sayuti, M., & Nouva, N. (2019). Kanker Kolorektal. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 5(2), 76. <https://doi.org/10.29103/averrous.v5i2.2082>
- Suddarth, B. &. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth* (E. A. Mardella (ed.); 12th ed.). EGC.
- Sulistyaningsih, D. R., Suyanto, Setyawati, R., Melastusti, E., Noor, M. A., Amal, A. I., Wahyuningsih, I. S., & Janitra, F. E. (2022). *Buku Panduan Praktikum Keperawatan Medikal Bedah 2.*
- Suratun, & Lusianah. (2014). *Asuhan Keperawatan gastrointestinal.* CV.TRANS INFO MEDIA.
- Tanio, P. N., Lalenoh, D. C., & Laihad, M. L. (2018). Profil Pasien Pasca Laparotomi di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2015 sampai Desember 2017. *E-CliniC*, 6(2), 80–83. <https://doi.org/10.35790/ecl.6.2.2018.22122>
- Unissula, F. (2023). *Buku Panduan PBK Keperawatan Medikal Bedah II dan*

Keperawatan Gawat Darurat.

Utami, S. (2016). Efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparatomi. *Universitas Riau*, 4(1), 1–13.

Yang, C., Cheng, L., Lin, Y., Wang, S., Ke, T., Su, Y., & Tai, M. (2019). *The impact of marital status on survival in patients with surgically treated colon cancer*. 11(September 2018), 1–5.

