

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn. A DENGAN PERAWATAN
LUKA PASCA LAPARATOMY DI LANTAI IV
PAVILIUN ERI RSPAD GATOT
SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH



Disusun Oleh

Zalfa Firyal Nuha

NIM. 2036116

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA

STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO

PRODI DIII KEPERAWATAN

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn. A DENGAN PERAWATAN
LUKA PASCA LAPARATOMY DI LANTAI IV
PAVILIUN ERI SOEDEWO**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir
Program D3 Keperawatan



Disusun Oleh

Zalfa Firyal Nuha

NIM. 2036116

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA

STIKes RSPAD GATOT SEOBROTO

PRODI DIII KEPERAWATAN

2023

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Zalfa Firyal Nuha

NIM : 20236116

Program Studi : Prodi D-III Keperawatan

Angkatan : XXXVI / 36

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul : **“Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Perawatan Luka Pasca Laparatomy Di Lantai IV Paviliun Eri Soedewo”**

Apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar - benarnya.

Jakarta, 06 Juli 2023

Yang menyatakan,

Zalfa Firyal Nuha

2036116

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN Tn. A DENGAN PERAWATAN LUKA PASCA LAPARATOMY DI LANTAI IV PAVILIUN ERI SOEDEWO

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan
dihadapkan tim penguji pada Program Studi D – III Keperawatan
STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Jakarta, 06 Juli 2023

Menyetujui
Pembimbing

Ns. Kristianawati, S. Kep. M. Biomed
NIDK . 9903261500

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN Tn. A DENGAN PERAWATAN LUKA PASCA LAPARATOMY DI LANTAI IV PAVILIUN ERI SOEDEWO

Telah disetujui dan diperiksa, untuk dipertahankan di depan Tim Penguji KTI

Prodi D – III Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I

Penguji II

Ns. Kristianawati, S. Kep. M. Biomed

NIDK. 9903261500

Ns. Laurentia Dewi. M. Kep

NIDK. 8870233420

Mengetahui

Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Didin Syaefudin, Skep. MARS

NIDK. 8995220021

RIWAYAT HIDUP

Nama : Zalfa Firyal Nuha
Tempat, Tanggal Lahir : Jakarta, 23 Juni 2002
Agama : Islam
Alamat : Jl. Pekapuran Raya Perumahan Bumi
Cimanggis Indah Blok P2/8B Rt 005, Rw 026
Kec.Tapos, Kel. Sukatani. Depok, Jawa Barat.

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Pancoran 01 Lulus Tahun 2014
2. Mts Al – Hidayah Lulus Tahun 2017
3. SMA Islam Terpadu Al – Maruf Lulus Tahun 2020
4. STIKes RSPAD Gatot Soebroto prodi D – III Keperawatan Angkatan XXXVI,
Jakarta Pusat



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zalfa Firyal Nuha
Nim : 2036116
Program Studi : D – III Keperawatan
Jenis Karya : Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Perawatan Luka Pasca Laparatomy Di Lantai IV Paviliun Eri Soedewo.

Demi pengembangan Ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes RSPAD Gatot Soebroto **Hak Bebas Royalti Noneklusif (Non – Exclusive Royalty – Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Perawatan Luka Pasca Laparatomy Di Lantai IV Paviliun Eri Soedewo.

Beserta perangkat yang ada. Dengan Hak bebas royalty Noneklusif ini STIKes RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalihmedia/memformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta,

Yang menyatakan

Zalfa Firyal Nuha

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir dengan judul “**Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Perawatan Luka Pasca Laparatomy Di Lantai IV Paviliun Eri Soedewo**”. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya karya tulis ilmiah ini berkat bimbingan, bantuan dan Kerjasama serta dorongan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat peniliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Didin Syaefudin, S. Kp, MARS, selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program D-III Keperawatan.
2. Memed Sena Setiawan, S. Kp, Pd, MM, selaku wakil ketua 1 bagian akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program keperawatan.
3. Ns. Ita, S.Kep, M.Kep, selaku ketua Program Studi D-III keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program keperawatan.
4. Ns. Kristianawati, S. Kep. M. Biomed, selaku pembimbing dan penguji I yang telah meluangkan waktunya dan sabar memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program keperawatan.
5. Ns. Laurentia Dewi. M.Kep, selaku penguji II yang telah meluangkan waktunya dan memberikan arahan kepada penulis.
6. Ns. Reni. S. Kep. M. Kep, selaku wali kelas III B yang selama tiga tahun ini selalu membimbing, memotivasi dan membagi ilmunya selama kami menjalani Pendidikan.

7. Seluruh dosen pengajar dan staf STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang memberikan banyak ilmu yang bermanfaat dan membantu sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan D-III Keperawatan.
8. Kepada Tn. A dan keluarga atas bantuan, motivasi dan kerjasamanya dengan penulis selama melakukan asuhan keperawatan.
9. Kedua orang tua saya yang selalu mendoakan yang terbaik ibu Elly Saptillasari dan bapak Lukman Hakim, dan kedua adik saya yaitu M. Dary Nuha dan M. Samuel Aza Nuha yang telah memberikan semangat motivasi serta doa yang tiada henti untuk penulis.
10. Kepada Debora, Anggie, Fitri, Dwiki, dan Cynthia sahabat saya selama menempuh Pendidikan yang telah memberikan semangat dan menghibur selama menyelesaikan penelitian ini.
11. Kepada Abang TB Amran, Nisa, Farida, Lintang dan Siti selaku teman seperjuangan KTI yang selalu memberikan masukan dan motivasi untuk menyelesaikan penelitian ini.
12. Kepada Mas “S” selaku teman dekat saya yang selalu memberikan semangat, motivasi dan menghibur saya untuk menyelesaikan penelitian ini.
13. Kepada seluruh mahasiswa dan mahasiswi STIKes RSPAD Gatot Soebroto Angkatan XXXVI AKTRIX yang sudah sama – sama berjuang selama tiga tahun, semoga kita semua sukses dalam menggapai cita – cita.
14. Serta pihak – pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, penulis mengucapkan banyak terimakasih.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan serta dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir ini. Saya sadar bahwa penelitian dan penyusunan tugas akhir ini jauh dari kata sempurna, namun saya berharap bisa bermanfaat bagi para pembaca.

ABSTRAK

Nama : Zalfa Firyal Nuha

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : *Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Perawatan Luka Pasca Laparatomy Di Lantai IV Paviliun Eri Soedewo.*

Ca Colon atau dikenal juga kanker kolorektal adalah keganasan tumbuh lambat yang paling sering ditemukan daerah kolon terutama pada sekum, desendes bawah, dan kolon sigmoid (Tucker 1998 dalam buku Ida Mardalena 2019 : hal 139). Peningkatan kasus kanker kolorektal pada usia lansia dapat disebabkan karena terjadi penurunan pada sistem pencernaan seperti : indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan makanan sehingga terjadinya peningkatan kasus kolorektal pada usia lansia. Tindakan yang biasa dilakukan pada pasien lansia dengan penyakit kanker kolorektal adalah tindakan pembedahan (Erfandi,2018). Proses pencucian/pembersihan luka akut/pembedahan biasanya dilakukan hari ke 5-7 pasca operasi. Pengangkatan jahitan biasanya pada hari ke 6-7 pasca operasi. Pengangkatan jahitan tidak menunggu sampai hari ke-21. Metode penelitian pada karya tulis ilmiah ini adalah menggunakan metode penelitian deskriptif, pada subjek penelitian ini yaitu satu orang pasien dengan Ca Colon dengan manajemen perawatan luka. Manajemen luka dilaksanakan sesuai prosedur sangat berperan penting dalam proses pencegahan infeksi dan proses penyembuhan luka, khususnya pada kasus kanker colon. Evaluasi yang didapatkan oleh penulis tentang perawatan luka dan kadar leukosit sebelum dilakukan tindakan belum ada luka dan leukosit 13780 mg/dl sedangkan sesudah diberikan perawatan luka adalah luka tidak tampak kemerahan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan leukosit 10.500 mg/dl. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perawatan luka sangat efektif untuk menurunkan resiko infeksi pada luka.

Kata Kunci : Ca Colon, Lansia, Perawatan Luka, Asuhan Keperawatan.

ABSTRACT

Name : Zalfa Firyal Nuha
Study Program : D-III Nursing
Title : Nursing Care Mr. A With Post Laparotomy Wound
Treatment on the IV Floor of the Eri Soedewo Pavilion.

Colon cancer, also known as colorectal cancer, is a slow-growing malignancy that is most often found in the colon, especially in the cecum, lower descending, and sigmoid colon (Tucker 1998 in Ida Mardalena's book 2019: p. 139). An increase in cases of colorectal cancer in the elderly can be caused by a decrease in the digestive system such as: decreased sense of taste, decreased hunger (decreased hunger sensitivity), smaller liver (liver) and decreased food storage so that an increase in colorectal cases in the elderly . The action that is usually performed on elderly patients with colorectal cancer is surgery (Erfandi, 2018). The process of washing/cleaning acute wounds/surgery is usually carried out on the 5-7th postoperative day. Suture removal is usually on the 6-7th postoperative day. Suture removal did not wait until the 21st day. The research method in this scientific paper is to use descriptive research methods, the subject of this study is one patient with Ca Colon with wound care management. Wound management carried out according to procedures plays an important role in the process of preventing infection and the process of wound healing, especially in cases of colon cancer. Evaluation obtained by the author regarding wound care and leukocyte levels before the action was carried out there were no wounds and leukocytes 13780 mg/dl while after being given wound care the wound did not appear reddish, there were no signs of infection and leukocytes 10,500 mg/dl. So it can be concluded that wound care is very effective in reducing the risk of infection in the wound.

Keywords : *Ca Colon, Elderly, Wound Care, Nursing Care.*

DAFTAR ISI

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS	i
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Penyakit Ca Colon	6
B. Konsep Asuhan Keperawatan	18
C. Konsep Lansia	22
D. Konsep Laparatomi	25
E. Konsep Luka	27
F. Jurnal terkait studi kasus	32
BAB III METODE PENELITIAN	35
A. Jenis Desain Studi Kasus	35
B. Subjek Studi Kasus	35
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	35

D. Fokus Studi Kasus	35
E. Instrumen Studi Kasus	36
F. Metode Pengumpulan Data	36
G. Analisa dan Penyajian Data	37
BAB IV PEMBAHASAN	62
A. Pengkajian Keperawatan	62
B. Diagnosa Keperawatan	63
C. Intervensi Keperawatan	65
D. Implementasi Keperawatan	65
E. Evaluasi Keperawatan	66
BAB V KESIMPULAN	67
A. Kesimpulan	67
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Pathway Ca Colon	12
--	-----------

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Stadium kelompok prognostik	9
Tabel 2.2 : Penilaian tumor primer pada Ca Colon	13
Tabel 2.3 : Penilaian penyebaran kelenjar getah bening pada Ca Colon	13
Tabel 2.4 : Penilaian metastasis jauh pada Ca Colon	14
Tabel 2.5 : Jurnal terkait	32
Tabel 3.1 : Analisa Data	42
Tabel 3.2 : Intervensi Keperawatan	45
Tabel 3.3 : Implementasi Keperawatan hari pertama	48
Tabel 3.4 : Implementasi Keperawatan hari kedua	51
Tabel 3.5 : Implementasi Keperawatan hari ketiga	54
Tabel 3.6 : Implementasi Keperawatan hari keempat	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Hasil endoskopi	72
Lampiran 2 : SOP perawatan luka	73
Lampiran 3 : Hasil laboratorium sebelum operasi	74
Lampiran 4 : Hasil pembedahan	75
Lampiran 5 : Hasil laboratorium sesudah operasi	76
Lampiran 6 : SOP perawatan luka kolostomi	77
Lampiran 7 : Kondisi luka setelah dilakukan perawatan luka.....	78
Lampiran 8 : Lembar konsultasi karya tulis ilmiah	79
Lampiran 9 : Format pengkajian keperawatan medical bedah	81

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut Tucker 1998 dalam buku Mardalena, (2019) Ca Colon adalah keganasan tumbuh lambat yang paling sering terjadi di daerah kolon, terutama di sekum, desenden bawah, dan kolon sigmoid. Adenokarsinoma berasal dari lapisan epitel usus, yang merupakan jenis histopatologis paling umum pada kolon dan rectum (95%).

Berdasarkan *American Cancer Society*, Ca Colon adalah jenis kanker ketiga yang paling umum pada pria dan wanita di Amerika Serikat. Pada tahun 2016, diperkirakan akan terdapat 95.270 kasus baru kanker kolorektal di Amerika Serikat dan 49.190 kematian akibat kanker kolorektal. Secara keseluruhan, resiko untuk menderita kanker kolorektal adalah 1–20 orang (5%) (komite penanggulangan kanker nasional, 2015).

Berdasarkan data Globocan (Global Burden of Cancer Study) dari WHO angka kejadian kanker di Indonesia pada tahun 2020 mencapai 396.914 kasus dan total kematian sebesar 234.511 kasus. Kasus tertinggi terjadi pada kanker payudara sebesar 65.858 (16,6%) kasus kanker, menempati urutan kedua yaitu kanker serviks sebesar 36.633 (9,2%). Kanker paru-paru menyusul di urutan ketiga dengan jumlah 34.783 (8,8%), kanker hati dengan jumlah 21.392 (5,4%), dan kanker nasofaring dengan jumlah 19.943 (5%).

Data Globocan tahun 2020 menunjukkan bahwa Ca Colon menduduki peringkat keempat kanker dengan jumlah kasus baru tertinggi di Indonesia. Setidaknya 35 ribu pasien kanker kolorektal didiagnoskan setiap tahun, dan 35 persen di antaranya menyerang orang Indonesia yang berusia di bawah 40 tahun. Sementara itu, angka kematian di Indonesia mencapai 6,7 dari 100 ribu kasus (globocan, 2020).

Berdasarkan data yang diperoleh dari buku register Lantai IV Paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto selama 1 tahun terakhir 2022 terhitung dari bulan Januari sampai Desember sebanyak 3 orang, sekitar 3% pasien yang terdiagnosa Ca Colon. Pada tahun 2023 mengalami peningkatan terhitung dari 3 bulan terakhir dari bulan Maret sampai bulan Mei 2023 keseluruhan sebanyak 10 orang, sekitar 10% pasien yang terdiagnosa Ca Colon.

Menurut Aswan, (2023) Ada dua faktor risiko Ca Colon : yang tidak dapat diubah adalah usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, dan keturunan. Faktor risiko yang dapat diubah adalah konsumsi daging merah, obesitas, konsumsi alkohol, rokok, dan stres psikososial.

Menurut WHO, (2017) Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Lansia akan mengalami penurunan pada sistem pencernaan seperti indra pengecap menurun, rasa lapar menurun, kepekaan rasa lapar menurun, liver (hati) mengecil, dan tempat penyimpanan makanan menurun sehingga terjadinya peningkatan kasus kolorektal pada usia lansia. Menurut Globocan, (2018) ditemukan kasus Ca Colon berdasarkan faktor risiko yaitu usia, lebih dari 30% penderita Ca Colon diagnosis pada usia 40 tahun atau lebih muda, dan 90% kasus dan 94% kematian terjadi pada usia 50 tahun atau lebih.

Tindakan yang biasa dilakukan pada pasien lansia dengan penyakit kanker kolorektal adalah tindakan pembedahan. Menurut Erfandi, (2018) Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi risiko kekambuhan/penyebaran penyakit pada organ lain, tindakan medis lainnya seperti kemoterapi dan radioterapi. Jika Ca Colon ini tidak ditangani dengan baik, makan akan menimbulkan komplikasi seperti : penyumbatan usus besar, tumbuhnya Ca Colon baru di lokasi yang berbeda dan kanker akan menyebar ke jaringan lain atau organ lain.

Tindakan pembedahan yang biasa dilakukan pada pasien Ca Colon khususnya pada lansia adalah Laparatomi. Menurut Ana, (2016) Laparatomi adalah salah satu pembedahan besar yang melibatkan penyayatan pada lapisan dinding perut untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah seperti hemoragi, perforasi, dan obstruksi.. Setelah dilakukan tindakan pembedahan pasien dengan Ca Colon dilakukan observasi di bagian luka operasi dengan tujuan agar tidak terjadinya infeksi atau rembesan pada luka tersebut.

Menurut Suriadi (2007) dalam buku Aminuddin, (2020) Luka dapat diartikan sebagai gangguan atau kerusakan integritas dan fungsi jaringan pada tubuh. Proses penyembuhan luka ada tiga fase yaitu : fase inflamasi dan koagulasi (0-3 hari), fase proliferasi atau rekonstruksi (2-24 hari), dan fase remodeling atau maturase (24 hari-1 tahun). Faktor penyembuhan luka dilihat dari status nutrisi, usia dan obat-obatan. Luka pada tindakan pembedahan dinamakan luka akut, luka akut adalah luka yang sembuh sesuai dengan fisiologis proses penyembuhan luka.

Menurut Carvile (2007) dalam buku Aminuddin, (2020) Proses penyembuhan luka fisiologis berbeda-beda, dengan tahap inflamasi berlangsung selama tiga atau lima hari setelah cedera, tahap proliferasi berlangsung dari hari pertama hingga hari ke-21, dan tahap maturasi berlangsung dari hari ke-21 hingga dua tahun. Menurut Gabriel (2015), Kondisi luka yang ideal diperlukan selama proses penyembuhan luka akut, yang berarti bahwa luka dapat sembuh dalam waktu empat hingga empat belas hari dalam kondisi luka yang ideal. Proses pencucian/pembersihan luka akut/pembedahan biasanya dilakukan hari ke 5-7 setelah operasi, tanda penyembuhan muncul sebagai hasil dari sintesis kolagen di bawah jahitan yang mulai menyatu.

Menurut Dahlia, (2022) Perawatan luka sangat penting pada pasien yang telah dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan sebagai berikut : menjaga kebersihan dapat mencegah infeksi, mempercepat proses penyembuhan luka, memudahkan pengeluaran cairan yang keluar dari luka, dan mencegah perdarahan sekitar luka. Setelah dilakukan perawatan luka pasien akan diberikan perawatan seperti : pengangkatan jahitan pada hari ke 6-7 pasca operasi, tandanya berupa

terlihatnya tensil strengt yang mendekati tepi luka. Tidak lebih 7 hari karena untuk menghindari terbentuknya bekas jahitan (suture marks).

Pasien Ca Colon yang dirawat di rumah sakit dikelola oleh dokter penanggung jawab, perawat dan tenaga kesehatan yang lain. Tugas perawat adalah melakukan pengkajian keperawatan, menetapkan data, menentukan diagnose keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus yang berjudul penerapan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Post Laparatomy dalam efektifitas perawatan luka untuk mencegah terjadinya komplikasi dan infeksi pada luka. Selain itu diharapkan pada penderita Ca Colon dapat melakukan upaya mandiri untuk pentalaksanaan perawatan di rumah sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana penerapan perawatan luka yang efektif untuk pencegahan infeksi pada pasien Ca Colon di Paviliun Eri Soedewo Lantai IV RSPAD Gatot Soebroto?”

C. Tujuan studi kasus

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan dalam penerapan perawatan luka yang efektif untuk pencegahan infeksi pada Ca Colon di Paviliun Eri Soedewo Lantai IV RSPAD Gatot Soebroto.

2. Tujuan khusus

- a. Menggambarkan pengkajian pada Tn. A dengan post laparatomi.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. A dengan post laparatomi.
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada Tn. A dengan post laparatomi.
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn. A dengan post laparatomi.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. A dengan post laparatomi.

D. Manfaat Penelitian

1. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam melakukan perawatan luka pada post laparatomy dengan indikasi adeno carsinoma colon.

2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam melakukan penerapan perawatan luka pada post laparatomy dengan indikasi adeno carsinoma colon.

3. Penulis

Memperoleh pengalaman dalam menegakkan asuhan keperawatan mengenai penerapan perawatan luka pada post laparatomy atas indikasi adeno carsinoma colon.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Ca Colon

1. Definisi

Menurut Mardalena, (2019) Ca Colon adalah penyakit tumbuh lambat yang paling sering terjadi pada daerah kolon, terutama pada kolon sigmoid, sekum, dan desendes bawah..

Menurut Yayasan Kanker Indonesia, (2018) Sebagian besar kasus Ca Colon dimulai dengan benjolan atau polip kecil dan kemudian berkembang menjadi tumor. Ca Colon menyerang usus besar, yang merupakan bagian akhir dari sistem pencernaan.

Menurut Smeltzer, (2015) Ca Colon adalah kanker sel yang melapisi kelenjar dan memproduksi lendir. Pada awalnya, kanker kolorektal mungkin terlihat seperti polip kecil tetapi akhirnya dapat berkembang menjadi ganas, menyerang dan menghancurkan jaringan normal dan menyebar ke struktur di sekitarnya.

Berdasarkan dari data diatas dapat disimpulkan bahwa Ca Colon adalah suatu pertumbuhan sel kanker yang bersifat ganas dan merusak sel disekitarnya yang terjadi pada sistem pencernaan yang menyerang bagian usus besar atau rektum di dalam tubuh kita.

2. Etiologi

Menurut *National Cancer Institute* (2017), faktor risiko untuk kanker kolorektal adalah :

a. Usia

Menurut ACA (*American Cancer Association*, 2017) menyatakan bahwa risiko terkena kanker kolorektal meningkat seiring bertambahnya usia. Pada tahun 2013, proporsi kasus yang diagnosis meningkat dari 6% pada tahun 1990 menjadi 11%

pada tahun 2013. Sebagian besar (72%) kasus tersebut terjadi pada orang di atas 40 tahun.

b. Genetik

Hampir 30% pasien kanker kolorektal memiliki riwayat keluarga dengan penyakit ini, sekitar 5% diantaranya disebabkan oleh kelainan genetic yang diwariskan. Individu dengan riwayat keluarga tingkat pertama (orang tua, saudara kandung atau anak) yang di diagnosis dengan kanker kolorektal memiliki risiko 2-4x di bandingkan mereka yang tidak memiliki riwayat penyakit keluarga dengan penyakit tersebut.

c. Riwayat Polip Usus

Riwayat polip usus atau kanker usus yaitu orang-orang yang sering mengalami polip usus, penyakit ulcerative colitis ataupun penyakit kronis, lebih besar resikonya untuk terkena kanker kolon.

d. Faktor Gaya Hidup

Orang merokok atau menjalani pola makan yang tinggi lemak, sedikit buah-buahan dan sayuran memiliki tingkat resiko yang lebih besar terkena kanker kolorektal serta kebiasaan sering menahan tinja/defekasi yang sering.

e. Lemak

Kelebihan lemak atau sering memakan makanan yang tinggi lemak diyakini bahwa flora bakteri dan mengubah steroid menjadi senyawa yang mempunyai sifat karsinogen.

3. Patofisiologi

Meskipun penyebab utama kanker kolon belum diketahui secara pasti, makanan dianggap sebagai faktor risiko terbesar, terutama makanan yang mengandung kolesterol tinggi, lemak hewan tinggi, kadar serat yang rendah, dan hubungan antara asam empedu dan bakteri di dalam usus besar. Minuman beralkohol, terutama bir, juga diduga menyebabkan kanker kolon.

Menurut Mardalena, (2019) Adenokarsinoma berasal dari lapisan epitel usus (endotel), yang merupakan jenis kanker kolon dan rectum yang paling umum (95%). Biasanya, tumor dimulai sebagai polip kecil yang kemudian dapat berubah menjadi ganas dan menyusup, merusak jaringan normal dan menyebar ke struktur sekitarnya. Tumor dapat berupa masa polypoid yang besar yang tumbuh ke dalam lumen dan dengan cepat menyebar ke sekitar usus sebagai striktura annular. Lesi rectosigmoid lebih sering mengalami lesi annular, sedangkan lesi polypoid yang datar lebih sering terjadi pada sekum dan kolon asendens.

Tumor memiliki kemampuan untuk menyebar melalui :

- a. Infiltrasi langsung ke bagian-bagian yang berdekatan, seperti kandung kemih (vesika urinaria).
- b. Penyebaran ke kelenjar limfe perikolon melalui limfogen dan mesocolon
- c. Karena kolon mengalirkan darah balik ke sistem portal, hematogen biasanya menuju ke hepar melalui aliran darah.

Menurut Syamsu Hidayat 1997 dalam buku Ida Mardalena : hal 138 stadium pada pasien kanker kolon diantaranya :

- a. Stadium I : bila keberadaan sel-sel kanker masih sebatas pada lapisan dinding usus besar (lapisan mukosa).
- b. Stadium II : terjadi saat sel-sel kanker sudah masuk ke jaringan otot di bawah lapisan mukosa.
- c. Stadium III : sel-sel kanker sudah menyebar ke sebagian kelenjar limfe yang banyak terdapat di sekitar usus.
- d. Stadium IV : terjadi saat sel-sel kanker sudah menyerang seluruh kelenjar limfe atau bahkan ke organ-organ lain.

Tabel 2.1 : Stadium kelompok prognostik (Sistim stadium TNM AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) (Jessup, J.M., et all 2018 dalam buku dr. M. Ihwan, 2022 : hal 142-143) :

Stadium	T	N	M
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1, T2	N0	M0
Stadium II A	T3	N0	M0
Stadium II B	T4a	N0	M0
Stadium II C	T4b	N0	M0
Stadium III A	T1-T2	N1/N1c	M0
	T1	N2a	M0
Stadium III B	T3-T4a	N1/N1c	M0
	T2-T3	N2a	M0
	T1-T2	N2b	M0
Stadium III C	T4a	N2a	M0
	T3-T4a	N2b	M0
	T4b	N1-N2	M0
Stadium IV A	Any T	Any N	M1a
Stadium IV B	Any T	Any N	M1b
Stadium IV C	Any T	Any N	M1c

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Oktraini, Siswi (2022) sebagai berikut :

a. Anemia

Pada penderita Ca Colon dengan stadium awal akan mengalami tanda dan gejala seperti anemia dikarenakan pasien mengalami BAB berdarah secara terus menerus sehingga pada pasien akan terlihat lemas dan pucat.

b. Perubahan pola buang air besar

Pada penderita Ca Colon dengan stadium awal akan mengalami tanda dan gejala seperti perubahan pola buang air besar.

c. Nyeri abdomen

Pada penderita Ca Colon akan mengalami nyeri dibagian abdomen disebabkan kerja usus lebih cepat sehingga menyebabkan nyeri hebat pada bagian abdomen.

d. Penurunan berat badan

Pada penderita Ca Colon akan mengalami penurunan berat badan yang disebabkan oleh sering mengalami diare yang berlebih dan kurangnya asupan makanan disebabkan adanya mual dan muntah.

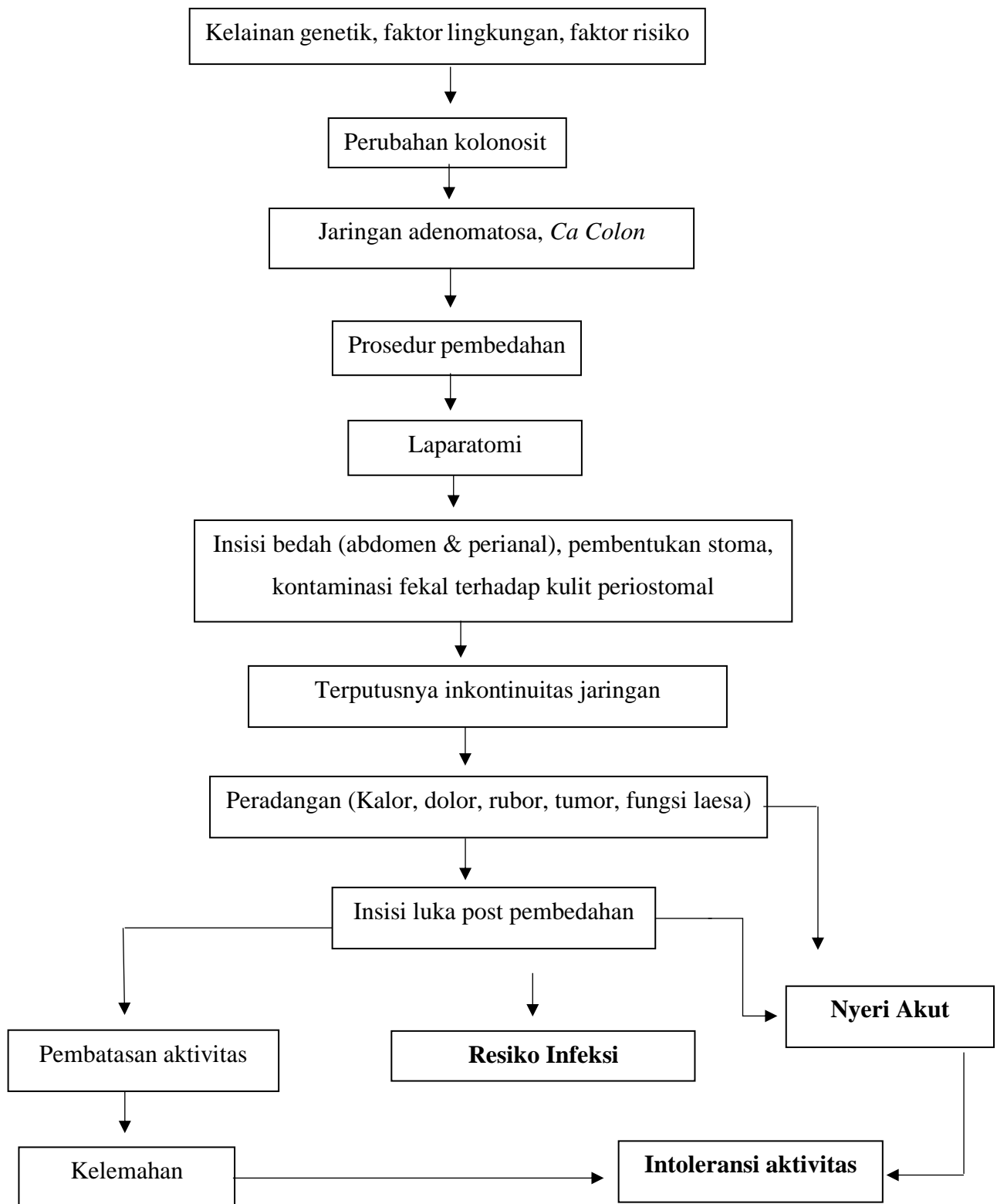
Menurut Smeltzer, (2015) Menjelaskan manifestasi klinis dari kanker kolon maupun kanker rectum yaitu :

- a. Keluarnya darah di dalam atau pada feses
- b. Penurunan berat badan dan keletihan
- c. Lesi di sisi kanan kemungkinan disertai dengan nyeri abdomen yang tumpul dan melena
- d. Lesi di sisi kiri dikaitkan dengan obstruksi (nyeri dan kram abdomen penyempitan ukuran feses, konstipasi dan distensi) dan darah berwarna merah terang di feses.
- e. Keluarnya darah di dalam atau pada feses
- f. Penurunan berat badan dan keletihan
- g. Lesi di sisi kanan kemungkinan disertai dengan nyeri abdomen yang tumpul dan melena
- h. Lesi di sisi kiri dikaitkan dengan obstruksi (nyeri dan kram abdomen penyempitan ukuran feses, konstipasi dan distensi) dan darah berwarna merah terang di feses.
- i. Lesi rectal dikaitkan dengan tenesmus (mengejan yang nyeri dan tidak efektif saat defekasi), nyeri rectal, mengalami konstipasi dan diare secara bergantian, feses berdarah.

- j. Tanda-tanda komplikasi : obstruksi usus parsial atau komplet, ekstensi tumor dan ulserasi ke pembuluh darah sekitar (perforasi, pembentukan abses, peritonitis, sepsis, atau syok).

5. Pathway Ca Colon

Gambar 2.1 : Pathway Ca Colon menurut Erfandi, (2018) yaitu :



6. Klasifikasi

Klasifikasi kanker kolon dapat ditentukan dengan sistem TNM (T = tumor, N = kelenjar getah bening regional, M = jarak metastese) berdasarkan AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) (Jessup, J.M., et all 2018 dalam buku Ihwan, 2022 : hal 142-143)

Tabel 2.2 Penilaian tumor primer (T) pada Ca Colon

T	PENILAIAN TUMOR
Tx	Tumor primer tidak dapat dievaluasi
T0	Tidak ada tumor
Tis	Karsinoma in situ
T1	Tumor menginvasi submukosa
T2	Tumor menginvasi muscularis propria
T3	Tumor menginvasi hingga jaringan perikolorektal
T4	Tumor menginvasi peritoneum visceral/organ sekitar
T4a	Tumor menginvasi peritoneum viseral
T4b	Tumor langsung menginvasi ke organ sekitar

Tabel 2.3 Penilaian penyebaran kelenjar getah bening (N) pada Ca Colon

N	PENILAIAN KELENJAR GETAH BENING
Nx	KGB tidak dapat dinilai
N0	Tidak ada invasi KGB
N1	Invasi 1-3 KGB regional
N1a	Invasi 1 KGB regional
N1b	Invasi 2-3 KGB regional
N1c	Deposit tumor pada subserosa, mesenterium, Perikolik non peritoneal, atau jaringan perirektak
N2	Invasi \geq 4 KGB regional
N2a	Invasi 4-6 KGB regional
N2b	Invasi $>$ 6 KGB regional

Tabel 2.4 Penilaian metastasis jauh (M) pada Ca Colon

M	PENILAIAN METASTASIS
M0	Tidak ada metastasis jauh
M1	Metastasis jauh
M1a	Metastasis pada 1 lokasi/organ
M1b	Metastasis pada ≥ 2 lokasi/organ
M1c	Metastasis pada peritoneum \pm metastasis organ/lokasi

7. Komplikasi

Menurut Mardalena (2019: hal 139), komplikasi yang dialami pasien Ca Colon sebagai berikut :

- a. Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap.
- b. Metastase dapat menyebar ke organ sekitar melalui hematogen, limfogen, dan penyebaran langsung.
- c. Pertumbuhan dan ulserasi juga dapat menyerang pembuluh darah sekitar kolon, menyebabkan hemorragi.
- d. Perforasi usus dapat menyebabkan pembentukan abses.
- e. Peritonitis dan atau sepsis dapat menyebabkan syok.
- f. Pembentukan abses.
- g. Pembentukan fistula pada ginjal atau vagina

8. Pencegahan

Menurut Kemenkes (2016), langkah-langkah pencegahan yang dapat diambil untuk pasien Ca Colon sebagai berikut :

- a. Mengonsumsi makanan berserat untuk memperlancar buang air besar dan menurunkan derajat keasaman, konsentrasi asam lemak, asam empedu, dan besi dalam usus besar.
- b. Mengonsumsi asam lemak omega-3, yang ditemukan dalam beberapa jenis ikan, seperti tuna.

- c. Mengonsumsi makanan yang mengandung banyak kalium, vitamin A, C, D, dan E, serta betakarotin.
- d. Mengonsumsi susu yang mengandung *Lactobacillus acidophilus*.
- e. Berolahraga dan banyak bergerak untuk membuat buang air besar lebih mudah dan teratur.
- f. Hidup dengan tenang dan kurangi stres.

9. Penatalaksanaan

Menurut Mardalena, (2019) Penatalaksanaan yang biasa dilakukan pada pasien Ca Colon sebagai berikut :

a. Penatalaksanaan Medis

Pasien yang mengalami gejala obstruksi usus diberi pengobatan dengan cairan intravena dan pengisapan nasogastrik. Terapi komponen darah dapat diberikan jika ada perdarahan yang cukup. Untuk kanker kolon, pengobatan medis paling umum adalah terapi ajufan atau pendukung. Terapi ajufan biasanya diberikan bersamaan dengan pengobatan bedah. Kemoterapi, terapi radiasi, dan imunoterapi adalah pilihan.

b. Penatalaksanaan Bedah

Untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal, pembedahan adalah tindakan utama. Perawatan medis dapat bersifat paliatif atau kuratif. Kolonoskopi dapat digunakan untuk mengangkat kanker pada satu sisi. Untuk meminimalkan luasnya pembedahan dalam beberapa kasus, prosedur baru yang disebut kolostomi laparoskopik dengan polipektomi dikembangkan. Laparatomi digunakan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan di kolon, di mana massa tumor kemudian dieksisi. Kebanyakan lesi kelas A dan semua lesi kelas B memerlukan reseksi usus.

Tujuan pembedahan untuk mengobati kanker kolon kelas adalah paliatif. Operasi tidak dapat dilakukan jika tumor sudah menyebar dan mencakup struktur penting di sekitarnya. Jenis pembedahan tergantung pada lokasi tumor dan ukurannya.

Kurang dari 25% pasien kanker kolorektal menerima kolostomi, yang berarti pembuatan lubang atau stoma di dalam kolon. Stoma ini memungkinkan drainase atau evakuasi isi kolon dari tubuh. Tindakan pembuatan stoma dapat terjadi menjadi difersi permanen atau sementara.

c. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Dukungan adaptasi dan kemandirian
- 2) Meningkatkan kenyamanan
- 3) Mempertahankan fungsi fisiologis optimal
- 4) Mencegah komplikasi
- 5) Memberikan informasi tentang proses/kondisi penyakit, prognosis, dan kebutuhan pengobatan.

d. Penatalaksanaan Diet

- 1) Perbanyak konsumsi makanan berserat, seperti sayur-sayuran dan buah-buahan. Untuk menghilangkan kotoran dan zat yang tidak berguna dari usus, karena serat dapat membantu pencernaan.
- 2) Perbanyak mengkonsumsi makan kacang-kacangan sebanyak lima porsi setiap hari.
- 3) Menghindari makanan yang mengandung lemak jenuh dan kolesterol tinggi, terutama daging hewan.
- 4) Menghindari makanan yang diproses dan pewarna sintetis karena mereka dapat menyebabkan kanker atau sel karsinogen.
- 5) Menghindari rokok dan minuman beralkohol.
- 6) Melakukan aktivitas fisik atau berolahraga secara teratur.

10. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sayuti & Nouva (2019) mengatakan bahwa pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien Ca Colon adalah sebagai berikut:

- a. Endoskopi. Pemeriksaan endoskopi perlu dikerjakan, baik sigmoidoskopi maupun kolonoskopi. Gambaran khas karsinoma atau ulkus dapat dilihat

dengan jelas melalui endoskopi, dan untuk menegakkan diagnosis perlu dilakukan biopsi.

- b. Radiologi. Pemeriksaan radiologi yang dapat dikerjakan antara lain adalah foto dada dan foto kolon (barium enema).
- c. Pemeriksaan *enema barium* mungkin dapat memperjelas keadaan tumor dan mengidentifikasi letaknya. Tes ini mungkin menggambarkan adanya kebuntuan pada isi perut, dimana terjadi pengurangan ukuran tumor pada lumen. Luka yang kecil kemungkinan tidak teridentifikasi dengan tes ini. *Enema barium* secara umum dilakukan setelah sigmoidoskopi dan kolonoskopi.
- d. Computer Tomografi (CT) membantu memperjelas adanya massa dan luas dari penyakit. *Chest X-ray* dan *liver scan* mungkin dapat menemukan tempat yang sudah metastasis. Pemeriksaan ini juga berguna untuk melihat ada tidaknya metastasis kanker pada paru, dan juga bisa digunakan untuk persiapan tindakan pembedahan. Pada foto kolon dapat terlihat suatu *filling defect* pada suatu tempat atau suatu striktura.
- e. Ultrasonografi (USG). Pemeriksaan ini berguna untuk mendeteksi ada tidaknya metastasis kanker kelenjar getah bening di abdomen dan di hati.
- f. Histopatologi, selain melakukan endoskopi sebaiknya dilakukan biopsy di beberapa tempat untuk pemeriksaan histopatologis guna menegakkan diagnosis.
- g. Pemeriksaaan Laboratorium. Tidak ada petanda yang khas untuk kanker kolon, walaupun demikian setiap pasien yang mengalami perdarahan perlu diperiksa Hb. Tumor marker (petanda tumor) yang biasa dipakai adalah CEA. Kadar CEA lebih dari 5mg/ml biasanya ditemukan pada kanker kolon stadium lanjut.
- h. Scan (mialnya, MRI) dan ultrasound dilakukan untuk tujuan diagnostic, identifikasi metastatic, dan evaluasi respons pada pengobatan.
- i. Biopsi dilakukan untuk diagnostic banding dan menggambarkan pengobatan dan dapat dilakukan melalui sumsum tulang, kukit, organ dan sebagainya.

- j. Pemeriksaan jumlah darah lengkap dengan diferensial dan trombosit dapat menunjukkan anemia, perubahan pada sel darah merah dan sel darah putih : trombosit meningkat atau berkurang.

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Data demografi : kanker kolorektal sering ditemukan terjadi pada usia lebih dari 40 tahun. Kanker kolorektal lebih sering terjadi pada laki-laki.
- b. Riwayat kesehatan terdahulu : kemungkinan pernah menderita polip kolon, radang kronik kolon dan colitis ulseratif yang tidak teratasi. Adanya infeksi dan obstruksi pada usus besar. Diet yang tidak baik, tinggi protein, tinggi lemak dan rendah serat.
- c. Riwayat kesehatan keluarga : adanya riwayat kanker pada keluarga.
- d. Riwayat kesehatan sekarang : biasanya pasien mengeluh nyeri abdomen dan kembung. Pasien juga mengeluh perubahan defekasi seperti : (BAB bercampur darah, lender dan rasa tidak puas setelah BAB). Pasien juga mengeluh mual, muntah dan adanya penurunan berat badan.
- e. Pemeriksaan fisik
 - 1) Mata : konjungtiva anemis/ananemis
 - 2) Leher : distensi vena jugularis
 - 3) Mulut : mukosa mulut kering dan pucat, liah pecah-pecah dan bau keton
 - 4) Abdomen : distensi abdomen, adanya teraba massa, penurunan bising usus dan kembung.
 - 5) Kulit : turgor kulit buruk, kering.
- f. Kaji pola eliminasi terdahulu dan saat ini : deskripsi tentang warna, bau, dan konsistensi feses, mencakup adanya darah atau mucus.
- g. Kaji kebiasaan diet : identifikasi mencakup unsur lemak atau serat jumlah konsumsi alcohol dan Riwayat penurunan berat badan.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

3. Intervensi Keperawatan

a. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

1. Keluhan nyeri menurun
2. Kemerahan menurun
3. Bengkak menurun

Intervensi :

Observasi :

1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik :

1. Batasi jumlah pengunjung
2. Berikan perawatan kulit pada daerah edema
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Edukasi :

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan cara memeriksa luka
3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

1. Keluhan nyeri menurun
2. Tampak meringis menurun
3. Frekuensi nadi membaik
4. Kesulitan tidur menurun

Intervensi :

Observasi :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
4. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri
2. Fasilitasi istirahat dan tidur
3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Edukasi :

1. Jelaskan strategi meredakan nyeri
2. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat
2. Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat
3. Keluhan Lelah menurun

Intervensi :

Observasi :

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor pola dan jam tidur
3. Monitor kelelahan fisik dan emosional

Edukasi :

1. Anjurkan tirah baring
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Terapeutik :

1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
2. Lakukan Latihan rentang gerak pasif dan aktif
3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. Implementasi Keperawatan

Langkah keempat dari proses keperawatan adalah implementasi, yang telah direncanakan oleh perawat untuk membantu klien dalam mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons dari masalah keperawatan dan kesehatan (Zaidin Ali, 2014).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir proses keperawatan yang disebut evaluasi. Evaluasi adalah perbandingan yang direncanakan dan sistematis antara hasil akhir yang diamati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Proses evaluasi memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien atau tidak.

Tiga hasil evaluasi dapat dikaitkan dengan pencapaian tujuan keperawatan sebagai berikut :

- a. Tujuan tercapai jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Tujuan tercapai sebagian atau masih dalam proses pencapaian jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak melakukan kemajuan sama sekali, yang berpotensi menimbulkan masalah baru.

C. Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

Menurut *World Health Organization* WHO, (2017) Lansia merupakan orang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Mendefinisikan lansia sebagai orang yang berumur lebih dari 60 tahun.

Menurut Pasal 1 Ayat 1 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 tentang *Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat*, seorang lanjut usia didefinisikan sebagai seseorang yang berusia 60 tahun ke atas (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Kesimpulan dari pengertian di atas, usia tua (lansia) adalah suatu proses akhir yang akan dialami oleh semua orang, di mana akan terjadi perubahan fisik, psikososial, dan maupun perubahan kesehatan jiwa.

2. Batasan Usia Lansia

Menurut WHO dalam tahun 2017 membagi usia lansia menjadi empat kelompok :

- a. Usia pertengahan (middle age) usia 45 hingga 59 tahun.
- b. Usia tua (old) usia 60 hingga 74 tahun.
- c. Usia tua (old) usia 75 hingga 90 tahun.
- d. Usia sangat tua (very old) usia di atas 90 tahun.

3. Perubahan-perubahan yang dialami lansia

Menurut Kemenkes, (2020) Ada beberapa perubahan – perubahan yang akan terjadi pada lansia sebagai berikut :

- a. Perubahan Fisiologik

Proses perubahan antara individu dengan individu lainnya, dan proses perubahan dan variasi perubahan pada sistem tubuh juga akan berbeda walaupun pada individu yang sama. Perubahan fisik pada lansia yaitu :

1) Sistem Sensori

Lansia dengan kerusakan fungsi pendengaran dapat memberikan respon yang tidak sesuai sehingga dapat menimbulkan rasa malu dan gangguan komunikasi verbal.

2) Sistem Muskulosekeletal

Dengan bertambahnya usia, sistem muskuloskeletal mengalami perubahan normal, termasuk penurunan tinggi badan, redistribusi masa otot dan lemak subkutan, peningkatan porositas tulang, atrofi otot, pergerakan yang lambat, pengurangan kekuatan dan kekakuan sendi-sendi, dan lambatnya pergerakan.

3) Sistem Integumen

Dengan penuaan, terutama perubahan yang terlihat pada kulit seperti atrofi : keriput, kulit yang kendur, dan kulit yang mudah rusak. Sehingga terjadi hubungan antara penuaan intrinsik (alami) dan penuaan ekstrinsik (lingkungan).

4) Sistem Kardiovaskuler

Penurunan yang terjadi ditandai dengan penurunan tingkat aktivitas yang mengakibatkan penurunan tingkat aktivitas, yang mengakibatkan penurunan kebutuhan darah yang terorganisasi.

5) Sistem Pernafasan

Implikasi klinis menyebabkan kerentanan lansia untuk mengalami kegagalan respirasi, kanker paru, emboli pulmonal dan penyakit kronis seperti asma dan penyakit obstruksi menahun. penambahan usia kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan akan menurun, sendi – sendi tulang iga akan menjadi kaku dan akan mengakibatkan penurunan laju ekspirasi paksa satu detik sebesar 0,2 liter / dekade serta berkurang kapasitas vital.

6) Sistem Perkemihan

Proses penuaan tidak langsung menyebabkan masalah kontinensia, kondisi yang sering terjadi pada lansia yang dikombinasikan dengan perubahan terkait usia dapat memicu inkontinensia karena kehilangan irama di urnal pada produksi urine

dan penurunan filtrasi ginjal. Berkurangnya kemampuan ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme melalui urine serta penurunan kontrol untuk berkemih sehingga terjadi kontinensia urine pada lansia.

7) Sistem Pencernaan

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

8) Sistem Persyarafan

Lansia akan mengalami gangguan persarafan terutama lansia akan mengalami keluhan seperti perubahan kualitas dan kuantitas tidur. Lansia akan mengalami kesulitan, kesulitan untuk tetap terjaga, kesulitan untuk kembali tidur setelah terbangun di malam hari.

b. Perubahan Kognitif :

- 1) Memory (Daya ingat, Ingatan)
- 2) IQ (Intellegent Quotient)
- 3) Kemampuan Belajar (Learning)
- 4) Kemampuan Pemahaman (Comprehension)
- 5) Pemecahan Masalah (Problem Solving)
- 6) Pengambilan Keputusan (Decision Making)
- 7) Kebijaksanaan (Wisdom)
- 8) Kinerja (Performance)
- 9) Motivasi

c. Perubahan Pada Aspek Emosi/Perasaan Lansia

Bagian subyektif dari emosi atau perasaan adalah apa yang menyebabkan kesenangan atau kesedihan yang pada dasarnya dibagi menjadi beberapa hal sebagai berikut :

1) Biologis, yang mencakup perasaan indera (seperti panas, dingin, pahit, asin, dll.), perasaan vital (seperti lapar, haus, kenyang), dan perasaan naluriah, seperti cinta, kasih sayang, dan takut.

2) Psikologis, yang mencakup perasaan diri, perasaan sosial, perasaan etis, estetis, perasaan intelektual, dan per Pada usia lanjut, perasaan umumnya tetap berfungsi dengan baik, dan jika ada yang mengalami penurunan, hal itu biasanya karena penurunan fungsi organ tubuh. Pada usia lanjut, terkadang emosinya tidak stabil.

D. Konsep Laparatomi

1. Definisi

Menurut Ana (2016), salah satu pembedahan yang dilakukan pada pasien Ca Colon adalah laparatomi. Laparatomi merupakan penyayatan yang melibatkan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah seperti hemoragi, profersi, dan obstruksi.

Menurut Lakaman (2013), Laparatomi adalah jenis pembedahan yang dilakukan pada selaput perut. Operasi ini membuka selaput, menciptakan irisan vertical yang besar pada dinding perut dan memasukkannya ke dalam rongga perut. Herniotomy, gasterektomi, kolostomi, apendektomi, dan hepatoektomi adalah beberapa tindakan bedah digestif yang paling umum dilakukan dengan teknik insisi laparatomi ini.

Berdasarkan definisi di atas, laparatomi adalah salah satu pembedahan terbesar karena melibatkan penyayatan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah seperti hemoragi, perforasi, atau obstruksi. Herniotomy, gasterektomi, kolostomi, apendektomi, dan hepatoektomi adalah beberapa tindakan bedah digestif yang paling umum dilakukan dengan teknik insisi laparatomi ini.

2. Klasifikasi

Menurut Oktaviani dkk. (2017), ada empat jenis pembedahan yang dilakukan pada pasien yang mengalami post laparatomi sebagai berikut :

- 1) Insisi midline : insisi di daerah tengah abdomen, atau di area yang sejajar dengan umbilicus.
- 2) *Paramedian* : insisi yang dibagi menjadi dua, yaitu paramedian kanan dan kiri.
- 3) *Transverse upper abdomen insision* : insisi di sisi atas abdomen, seperti colesistotomy dan splenektomi.
- 4) Insisi transversal di bagian bawah abdomen : 4 cm di atas anterior spinal iliaka, dengan \pm insisi melintang di bagian bawah, seperti saat melakukan appendektomi.

3. Indikasi

Pooria dkk. (2020) menyatakan bahwa beberapa pendapat untuk melakukan tindakan laparatomi adalah sebagai berikut : trauma pada abdomen (tumpul atau tajam), peritonitis, perdarahan dari saluran pencernaan, sumbatan pada usus besar dan halus, dan massa di abdomen. Selain itu, seperti operasi caesar, tindakan laparatomi juga sering dilakukan di bidang obstetric dan ginekologi.

4. Komplikasi

Menurut Arif, (2012) Komplikasi yang terjadi setelah dilakukan tindakan pembedahan yaitu :

- 1) Gangguan perfusi jaringan yang disebabkan oleh tromboplebitis. Setelah operasi, tromboplebitis biasanya muncul antara 7 dan 14 hari. Jika darah lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikutan mengalir ke paru-paru, hati, dan otak, dapat menimbulkan risiko tromboplebitis yang signifikan. Untuk mencegah tromboplebitis yaitu : lakukan latihan kaki dan tetap berjalan setelah operasi.
- 2) Infeksi. Bakteri *stapilococcus aureus* merupakan bakteri yang menyebabkan penanahan. Organisme ini yang sering menyebabkan infeksi pada luka, yang biasanya muncul antara 36 dan 46 jam setelah operasi. Perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik adalah cara terbaik untuk mencegah infeksi luka.
- 3) Kerusakan integritas kulit akibat dehisensi luka atau eviserasi.

- 4) Ventilasi paru tidak adekuat.
- 5) Gangguan kardiovaskuler : hipertensi, aritmia jantung.
- 6) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 7) Gangguan rasa nyaman dan kecelakaan.

E. Konsep Luka

1. Definisi

Menurut Aminuddin, (2020) Menyatakan bahwa luka adalah kerusakan atau gangguan integritas dan fungsi jaringan tubuh.

2. Klasifikasi

a. Berdasarkan sifatnya :

- 1) Luka Akut : Luka ini didefinisikan sebagai luka yang sembuh dalam waktu yang diharapkan. Luka akut dapat dibagi menjadi tiga kategori :
 - a) Luka akut yang disebabkan oleh pembedahan, seperti insisi, eksisi, dan graft kulit.
 - b) Luka akut yang disebabkan oleh faktor lain, seperti luka bakar.
 - c) Luka akut bukan pembedahan, seperti luka bakar.
 - d) Luka akut yang disebabkan oleh faktor lain, seperti abrasi, laserasi, atau luka pada lapisan kulit atas.
- 2) Luka kronis

Luka kronis adalah luka yang tidak segera sembuh. Contohnya adalah luka decubitus, luka diabetes, dan luka pada kaki.

b. Berdasarkan Kehilangan Jaringan :

1. Superfisial : luka hanya terbatas pada lapisan epidermis.
2. Parsial (partial-thickness) : luka meliputi lapisan epidermis dan dermis.
3. Penuh (full-thickness); luka meliputi epidermis, dermis dan jaringan subcutan bahan dapat juga melibatkan otot, tendon, dan tulang.

c. Berdasarkan Stadium :

1. Stage I : Lapisan epidermis utuh, namun terdapat eritema atau perubahan warna.
2. Stage II : Kehilangan kulit superfisial dengan kerusakan lapisan epidermis dan dermis. Eritema di jaringan sekitar yang nyeri, panas, dan edema. Exudate sedikit sampai sedang.
3. Stage III : Kehilangan jaringan sampai dengan jaringan sub cutan, dengan terbentuknya rongga (cavity), exudate sedang sampai banyak.
4. Stage IV : Hilangnya jaringan sub cutan dengan terbentuknya rongga (cavity) yang melibatkan otot, tendon dan atau tulang. Exudat sedang sampai banyak.

d. Berdasarkan mekanisme terjadinya :

1. Luka insisi (*Incised wounds*), terjadi karena teriris oleh instrumen yang tajam. Misal yang terjadi akibat pembedahan. Luka bersih (aseptik) biasanya tertutup oleh sutura seterah seluruh pembuluh darah yang luka diikat (Ligasi)
2. Luka memar (*Contusion Wound*), terjadi akibat benturan oleh suatu tekanan dan dikarakteristikan oleh cedera pada jaringan lunak, perdarahan dan bengkak.
3. Luka lecet (*Abraded Wound*), terjadi akibat kulit bergesekan dengan benda lain yang biasanya dengan benda yang tidak tajam.
4. Luka tusuk (*Punctured Wound*), terjadi akibat adanya benda, seperti peluru atau pisau yang masuk kedalam kulit dengan diameter yang kecil.
5. Luka gores (*Lacerated Wound*), terjadi akibat benda yang tajam seperti oleh kaca atau oleh kawat.
6. Luka tembus (*Penetrating Wound*), yaitu luka yang menembus organ tubuh biasanya pada bagian awal luka masuk diameternya kecil tetapi pada bagian ujung biasanya lukanya akan melebar.
7. Luka Bakar (*Combustio*)

e. Berdasarkan Penampilan Klinis :

- a. Nekrotik (hitam) : Eschar yang mengeras dan nekrotik, mungkin kering atau lembab.
- b. Sloughy (kuning): Jaringan mati yang fibrous.
- c. Granulasi (merah): Jaringan granulasi yang sehat.
- d. Epitelisasi (pink): Terjadi epitelisasi.
- e. Terinfeksi (kehijauan) : Terdapat tanda-tanda klinis adanya infeksi seperti nyeri, panas, bengkak, kemerahan dan peningkatan eksudat.

3. Fase Penyembuhan Luka

- a. Fase Inflamasi dan Koagulasi (0-3 hari)

Sesaat setelah luka, reaksi pertama adalah koagulasi yang melibatkan platelet dan menyebabkan vasokonstriksi. Tujuan homeostatis adalah untuk mencegah perdarahan lebih lanjut. Fase inflamasi berikutnya muncul beberapa menit kemudian dan berlanjut hingga sekitar tiga hari. Fase ini memungkinkan leukosit, terutama neutrofil untuk bergerak. Selanjutnya, neutrofil membunuh fagosit dan bakteri dan masuk ke matriks fibrin untuk mempersiapkan pembentukan jaringan baru.

- b. Fase Proliferasi atau Rekonstruksi (2-24 hari).

Jika tidak ada kontaminasi atau infeksi selama fase inflamasi, penyembuhan masuk ke tahap proliferasi atau rekonstruksi. Fase ini memiliki dua tujuan utama yaitu :

- 1) Proses granulasi, yang dilakukan pada proses ini untuk mengisi celah di luka.
- 2) Angiogenesis, yang dilakukan pada proses ini untuk membangun kapiler baru. Luka akan merah dan dapat dilihat secara klinis, jika fibroplasia tidak terjadi bersamaan dengan angiogenesis, sel penyembuhan tidak akan dapat bermigrasi, replikasi, melawan infeksi, dan membuat atau deposit komponen matrik baru.
- 3) Proses kontraksi : menarik kedua tepi luka rapat.

Menurut Hunt 2003 dalam buku M. Aminuddin (2020: hal 23), Kontraksi adalah peristiwa fisiologi yang menyebabkan luka terbuka tertutup. Sintesis kolagen dan kontraksi terjadi bersamaan. Hasil dari kontraksi akan terlihat seperti luka mengecil atau menyatu.

c. Fase Remodelling atau Maturasi (24 hari-1tahun).

Fase ini merupakan fase yang terakhir dan terpanjang pada proses penyembuhan luka. Aktifitas sintesis dan degradasi kolagen berada dalam keseimbangan. Serabut-serabut kolagen meningkat secara bertahap dan bertambah tebal kemudian disokong oleh proteinase untuk perbaikan sepanjang garis luka. Kolagen menjadi unsur yang utama pada matrks. Serabut kolagen menyebar dengan saling terikat dan menyatu serta berangsur-angsur menyokong pemulihan jaringan. Akhir dari penyembuhan didapatkan parut luka yang matang yang mempunyai kekuatan 80 % dibanding kulit normal.

1) Prosedur Perawatan Luka

Salah satu tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat adalah perawatan luka. Proses perawatan luka sistematis mencakup urutan langkah perawatan yang harus dilakukan oleh profesional di bidang perawatan luka, sedangkan perawatan luka komprehensif adalah metode perawatan yang mempertimbangkan secara menyeluruh kondisi bio, psikologis, sosial, dan spiritual pasien selama perawatan luka. Secara umum, proses perawatan luka dibagi menjadi tiga tahap : pencucian, pemeriksaan, dan pemilihan balutan.

a. Pencucian Luka

Salah satu komponen paling penting dalam perawatan luka adalah pencucian luka. Pencucian luka dilakukan untuk menghilangkan mikroorganisme, benda asing, dan jaringan mati dari luka. Setelah dilakukan pencucian luka perawat melakukan pengkajian luka sehingga perawat dapat dengan tepat menentukan tujuan perawatan luka dan memilih balutan yang tepat. Pencucian luka yang baik dan benar dapat mempercepat penyembuhan luka atau mengurangi waktu perawatannya. Pencucian dilakukan dengan tujuan untuk membersihkan jaringan nekrotik, menghilangkan bakteri dan mengurangi jumlah bakteri, menghilangkan

eksudat purulent, melembabkan luka, dan menjaga jaringan kulit sekitar luka tetap bersih.

Proses pencucian/pembersihan luka akut/pembedahan biasanya dilakukan hari ke 5-7 pasca operasi, tandanya berupa munculnya jembatan penyembuhan sebagai hasil sintesis kolagen dibawah jahitan yang mulai menyatu. Pengangkatan jahitan biasanya pada hari ke 6-7 pasca operasi, tandanya berupa terlihatnya *tensil strengt* yang mendekatkan tepi luka. Tidak lebih tujuh hari karena untuk menghindari terbentuknya bekas jahitan (suture marks). Pengangkatan jahitan tidak menunggu sampai hari ke-21. Pembentukan kolagen berakhir pada hari tersebut sehingga jahitan telah menyatu, terlambatnya penyembuhan luka bila sintesis kolagen baru terjadi diatas tujuh hari pasca operasi.

b. Pengkajian Luka

Menurut Aminuddin, (2020) Pengkajian luka harus dilakukan secara holistic yang bermakna bahwa pengkajian luka bukan hanya menentukan mengapa luka itu ada namun juga menemukan berbagai factor yang dapat menghambat penyembuhan luka. Faktor –faktor penghambat penyembuhan luka didapat dari pengkajian riwayat penyakit klien. Faktor yang perlu diidentifikasi antara lain : usia , status nutrisi, obesitas dan sistem imun dalam tubuh.

c. Memilih balutan

luka dapat merusak jaringan kulit, akibatnya kemampuan kulit untuk melindungi jaringan di bawahnya terganggu. Kulit seperti pakaian, melindungi jairngan di bawahnya dari pengaruh fisik, mekanik, biologis, dan kimiawi dari luar. Oleh karena itu, tujuan utama dari balutan luka (wound dresssing) adalah untuk membuat lingkungan yang mendukung proses penyembuhan luka. Seperti pakaian, balutan luka memiliki ukuran, corak, dan warna yang berbeda.

F. Tabel 2.5 Jurnal yang Terkait :

Penulis/ peneliti	Pendahuluan	Sample	Metode Penelitian	Hasil
Ni Kadek Ariesta, 2020	Salah satu kanker penyebab kematian tertinggi di dunia, terutama di negara maju adalah kanker kolorektal. Seperti yang ditunjukkan oleh studi keganasan kolorektal di seluruh dunia, kanker ini memiliki proses karsinogenesis yang kompleks dan dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah interaksi antara faktor genetik dan lingkungan. Beberapa komponen demografis termasuk usia, jenis kelamin, dan obesitas. Sebuah hubungan telah ditemukan antara gaya hidup yang tidak sehat, seperti merokok dan konsumsi alkohol,	Berdasarkan jenis kelamin, berdasarkan umur, berdasarkan temuan klinis seperti : nyeri atau kram di perut bagian bawah, penurunan berat badan, dan perubahan bentuk tinja.	Penelitian deskriptif observasional ini menggunakan metode cross-sectional.	Di RSUP Sanglah, pasien kanker kolorektal paling sering adalah wanita berusia lanjut dengan gejala nyeri perut bawah dan hasil laboratorium abnormal. Dalam penelitian ini, karakteristik gaya hidup yang dianggap sebagai faktor risiko dan pelindung belum ditemukan.

	sehingga menimbulkan adanya peningkatan risiko kanker kolorektal.			
Sri Lestari, 2015	Dengan demikian, perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup tentang proses perawatan luka, mulai dari studi menyeluruh, perencanaan intervensi yang tepat, penerapan tindakan, evaluasi hasil, dan dokumentasi sistematis dari hasil. Luka, baik disengaja maupun direncanakan, umumnya merupakan masalah yang tidak dapat dihindari bagi manusia atau yang tidak disengaja yang disebabkan oleh penyakit atau kecelakaan	Pasien post operasi section caesrea (kelompok perawata luka yang menggunakan betadin dengan kelompok perawatan luka yang menggunakan Nacl 0,9%	Jenis penelitian quasy experiment ini menggunakan rancangan non-equivalent control group design.	Berdasarkan jenis perawatan luka yang mereka terima, terdapat 13 responden yang menunjukkan mereka mendapatkan perawatan luka setelah operasi caesrea dengan Nacl 0,9% sebanyak 13 orang menunjukkan bahwa mereka mendapatkan perawatan luka dengan betadin. Berdasarkan waktu penyembuhan luka, 13 responden menunjukkan bahwa waktu penyembuhan luka tidak lebih dari 3 hari, dan 13 responden

				menunjukkan bahwa waktu penyembuhan luka tidak lebih dari 3 responden terhadap luka dalam waktu lebih dari tiga hari.
Risal Wintoko, 2020	Luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh yang disebabkan oleh trauma tajam atau tumpul. Luka dapat menyebabkan kerusakan fungsi perlindungan kulit	Pasien yang mengalami luka	Penelitian ini adalah penelitian deskriptif.	Perawatan luka yang optimal berperan penting dalam proses penyembuhan luka agar dapat berlangsung baik. Kondisi luka dapat diidentifikasi

	<p>akibat hilangnya kontinuitas jaringan epitel. Umumnya, perawatan luka masih dilakukan secara sederhana dan disamaratakan dengan suatu pola tertentu untuk berbagai kondisi dan masalah luka. Perawatan luka yang optimal berperan penting dalam proses penyembuhan luka agar dapat berlangsung baik.</p>			<p>melalui warna dan permukaan luka.</p>
--	---	--	--	--

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Desain

Jenis studi kasus pada karya tulis ilmiah ini studi kasus. Pada studi kasus ini dilakukan dengan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan dijabarkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus ini adalah klien Tn. A dengan Ca Colon yang mengalami keluhan konstipasi dengan konsistensi cair seperti jelly dan frekuensi pengeluaran sebanyak 7x dalam sehari sejak 6 bulan yang lalu. Berjenis kelamin laki-laki berusia 75 tahun. Klien sudah di rawat selama 3 hari.

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

1. Lokasi studi kasus

Lokasi pelaksanaan studi kasus ini diruang perawatan lantai iv paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto yang beralamat di Jl. Abdul Rahman Saleh raya, Kec. Senen. Jakarta Pusat.

2. Waktu pelaksanaan studi kasus

Waktu pelaksanaan dalam melakukan studi kasus ini yakni 4 hari dimulai pada tanggal 08 Mei 2023 sampai 11 Mei 2023.

D. Fokus Studi Kasus

Studi kasus ini berfokus pada asuhan keperawatan Tn. A dengan Ca Colon dalam penerapan prosedur perawatan luka diruang perawatan lantai iv paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus ini dengan cara mengumpulkan data menggunakan format pengkajian keperawatan medikal bedah yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku di institusi STIKes RSPAD Gatot Soebroto.

F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data untuk menyusun laporan studi kasus ini menggunakan teknik dengan cara sebagai berikut :

1. Observasi

Menggunakan pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi terhadap klinis yang dialami oleh Tn. A secara langsung.

2. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada pasien dan keluarga, meliputi : alasan pasien masuk ke RS, riwayat penyakit keluarga dan wawancara tenaga medis lainnya yang bertugas di ruang perawatan lantai iv paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* pada pasien.

4. Studi Literatur

Studi literatur dilakukan dengan cara menggali sumber – sumber pengetahuan melalui buku – buku referensi mengenai asuhan keperawatan pada Ca Colon, literatur lainnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca Colon.

5. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data dilakukan melalui sumber – sumber informasi yang bisa dilihat dari catatan rekam medik yang berisi tentang catatan perkembangan pasien terinterasi, hasil pemeriksaan diagnostik berupa radiologi pemeriksaan

endoskopi merupakan pemeriksaan penunjang utama untuk menegakkan diagnosis Ca Colon. Pemeriksaan laboratorium dan Analisa gas darah.

G. Analisa dan Peyajian Data

1. Pengkajian Umum

Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 Mei 2023 diruang perawatan lantai iv paviliun Eri Soedewo, klien masuk rumah sakit pada tanggal 07 Mei 2023 di RSPAD Gatot Soebroto dengan No. Register 01141600 dengan diagnosa Adeno Ca Recti. Klien bernama Tn. A umur 75 tahun, status menikah, Pendidikan S2, agama Islam, pekerjaan pensiunan, bersuku Jawa, beralamat di Jl. Madrasah No. 66 Rt 001/Rw 006 Srengseng.

2. Resume

Klien Bernama Tn. A berumur 75 tahun mengatakan tanggal 07 Mei 2023 jam 08.00 klien kontrol ke poli digestive di RSPAD Gatot Soebroto pada saat kontrol klien mengatakan BAB dengan konsistensi cair/jelly berwarna merah berdarah sebanyak 7x dalam sehari sejak 6 bulan yang lalu, tidak ada mual dan muntah dan klien mengatakan mengalami penurunan BB sebanyak 10%, lalu klien di rujuk untuk dilakukan operasi oleh poli digestive.

Sebelum ke ruang perawatan klien dilakukan pemeriksaan radiologi kolonoskopi dengan hasil : tampak massa hampir menutupi lumen, benjol-benjol, rapuh, mudah berdarah, scope tidak dapat melewatinya. Setelah dilakukan tindakan koloskopi klien dilakukan pemeriksaan radiografi thorax dengan hasil : kontraktilitas fungsi LV dan RV baik, LV concentric remodeling, global normokinetik, katup – katup dalam batas normal, tidak tampak efusi pericardium, SEC dan thrombus dari TTE. Pada pukul 12.22 klien masuk ke ruang perawatan lantai 4 paviliun Eri Soedewo, klien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian awal dengan hasil : kesadaran compos mentis dengan nilai GCS 15 (E : 4, M : 6, V : 5), tanda – tanda vital TD : 125/80 mmHg, N : 95x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,5°C, TB : 157 cm, BB sebelum sakit : 56 kg BB saat ini : 46 kg. Kemudian dilakukan pemasangan infus RL 20 tpm, swab

antigen negative. Klien mengatakan cemas dengan tindakan operasi dengan diagnosa konstipasi dan ansietas.

Pada tanggal 08 Mei 2023 untuk persiapan operasi, klien dipuasakan dari jam 01.00 pagi, klien dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital dengan hasil : TD : 127/80 mmHg, N : 97x/menit, RR : 18x/menit, S : 36°C, kesadaran compos mentis GCS 15. Pada jam 12.00 pasien di bawa keruangan OK untuk dilakukan operasi, selesai operasi pada jam 17.00 klien langsung dibawa ke ruang ICU untuk dilakukan observasi setelah tindakan operasi. Di ICU klien dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil : Hb 12,4 , hematokrit 37, eritrosit 4.0 , leukosit 13780, trombosit 315000, Ph 7.452, PCO₂ 34.2 , PO₂ 214.6, HCO₃ 24.1, BE 1.1, SpO₂ 99.3, kalsium 8.4, magnesium 1.68, gds 183, natrium 134, kalium 3.7, klorida 99.

Dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital TD : 137/71 mmHg, N : 79x/menit, RR : 21x/menit, S : 37°C, kesadaran composmentis, GCS 15, klien terpasang NGT, klien terpasang oksigen nasal kanul sebanyak 3lpm, terpasang infus RL 40ml/jam paralel bfluid 40ml/jam, terpasang colostomy di perut sebelah kiri, dan terdapat balutan luka di perut sebelah kanan, terpasang drain sebelah kanan, terpasang kateter, diberikan terapi obat ceftriaxone 2gr, metronidazole 500mg, transamin 500mg, ketorolac 30, omeprazole 4mg dengan diagnosa risiko infeksi , nyeri akut, dan intoleransi aktivitas.

Pada tanggal 09 Mei 2023 pukul 12.00 klien dipindahkan ke ruang perawatan lantai iv paviliun Eri Soedewo. Dengan keluhan nyeri di bagian luka operasi, tidak nafsu makan dan mual, muntah sebanyak 20 cc berwarna hijau. Kesadaran composmentis dengan hasil tanda – tanda vital TD : 136/72 mmHg. N : 68x/menit, S : 36° C, RR : 18x/menit, TB : 157cm, BB : 46kg dengan diagnosa risiko infeksi, nyeri akut, dan intoleransi aktvitas.

3. Riwayat Keperawatan

Pada Riwayat Kesehatan klien saat ini yaitu : klien mengeluh BAB sudah 7x dalam sehari. Riwayat penyakit sebelumnya klien mengatakan ada riwayat penyakit covid pada tahun 2021, riwayat kesehatan keluarga klien mengatakan

didalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan, tidak ada riwayat alergi obat, orang terdekat klien yaitu istri klien, pola interaksi dan komunikasi klien baik

Pada pola nutrisi klien mengatakan makan 3x/hari habis 1 porsi, makanan yang disukai rendah serat, tinggi lemak dan asin, tidak ada alergi makanan, klien mengatakan tidak ada makanan pantangan, klien tidak terpasang NGT. Pada pola eliminasi klien mengatakan BAK 7x/hari dengan warna urine kuning jernih, berbau khas urine dan tidak ada keluhan BAK.

Untuk BAB klien mengatakan 7x/hari dengan konsistensi cair/jelly, berwarna merah berdarah. Pola personal hygiene klien mengatakan mandi 2x/hari setiap pagi dan sore hari, oral hygiene 3x/hari setiap pagi, setelah makan dan malam hari, mencuci rambut klien dilakukan 3x/minggu. Pola tidur dan istirahat klien mengatakan istirahat tidur siang selama 3 jam/hari sedangkan istirahat malam selama 8 jam/hari.

4. Pengkajian Fisik

Pemeriksaan umum klien, kesadaran composmentis dengan BB saat ini 46 kg, dan BB sebelum sakit 56 kg, TB : 157 cm, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

Sistem penglihatan : posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva ananemis, sklera aninterik, otot – otot pada penglihatan tidak ada kelainan, pemakaian kaca mata kanan dan kiri -/-

Sistem pendengaran : daun telinga normal, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dan perasaan penuh ditelinga, fungsi pendengaran normal, dan tidak ada penggunaan alat bantu.

Sistem wicara : tidak ada kelainan. Sistem pernafasan : jalan nafas klien bersih, tidak ada alat bantu nafas, frekuensi nafas 20x/menit, dengan irama teratur, jenis pernafasan spontan, tidak adanya sputum, dengan kedalaman nafas dangkal.

Sistem kardiovaskuler : nadi 95 x/menit dengan irama teratur, tekanan darah 125/80 mmhg, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler <2 detik, tidak adanya edema.

Sistem hematologi : klien tampak tidak pucat, dan tidak ada perdarahan.

Sistem syaraf pusat : tidak ada keluhan pusing, dengan nilai GCS 15 E:4 M:6 V:5, tidak ada tanda -tanda peningkatann TIK (tekanan intrakranial), tidak ada gangguan pada sistem persyarafan seperti pelo, mulut mencong ataupun kejang.

Sistem pencernaan : tidak terdapat karies pada gigi, ada penggunaan gigi palsu bagian atas dan bawah, tidak ada stomatitis, salifa normal, tidak ada mual dan muntah, bising usus klien 35 x/menit, ada diare sejak 6 bulan yang lalu dengan konsistensi putih seperti air cucian beras/lender beserta darah, tidak ada keluhan konstipasi, hepar tak teraba, abdomen lembek.

Sistem endokrin : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, dan tidak terdapat luka gangren.

Sistem urogenital : tidak ada keluhan pada sistem urogenital seperti retensi urin, disuria dll, urine berwarna kuning jernih, balance cairan sebelum sakit : intake 3500ml, output 2000ml dengan hasil +1500ml, saat sakit : intake 1200ml, output 1000ml dengan hasil +200ml, terpasang selang kateterin urine.

Sistem integument: turgor kulit elastis, temperatur hangat, warna kulit pucat, dengan keadaan kulit baik tidak ada lesi dan tidak ada kelainan pada kulit. Terdapat luka insisi pembedahan di perut sebelah kanan, terpasang colostomy di perut sebelah kiri, kondisi luka : tidak ada rembesan, luka tertutup dengan balutan kassa, tidak ada tanda-tanda infeksi, terpasang selang drain di area sekitar luka, dan daerah sekitar luka sedikit lembab terpasang selang drain di perut sebelah kanan.

Sistem musculoskeletal : tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang, sendi , maupun kulit. Keadaan tonus otot baik. Kekuatan otot sebelum sakit bernilai 5, kekuatan otot saat sakit 4.

5. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan lab tanggal 08 Mei 2023 (sesudah operasi) adalah : Hb 12,4 (13.0 – 18.0), hematokrit 37 (40 – 52%), eritrosit 4.0 (4.3 – 6.0 juta/ μ L), leukosit 13780 (4,800 – 10,800/ μ L), trombosit 315000 (150,000 – 400,000/ μ L), Ph 7.452 (7.37 – 7.45), PCO₂ 34.2 (33 – 44 mmHg), PO₂ 214.6 (71 – 104 mmHg), HCO₃ 24.1 (22 – 29 mmol/L), BE 1.1 ((-2) – 3 mmol/L), SpO₂ 99.3 (94 – 98%), kalsium 8.4 (8.6 – 10.3 mg/dl), magnesium 1.68 (1.8 – 3.0 mg/dl), gds 183 (83 – 140 mg/dl), natrium 134 (135 – 147 mmol/L), kalium 3.7 (3.5 – 5.0 mmol/L), klorida 99 (95 – 105 mmol/L), albumin 3.1 (3.5 – 5.0 g/dl).

Hasil pemeriksaan lab tanggal 26 April 2023 (sebelum operasi) adalah : Hb 13,1 (13.0 – 18.0), hematokrit 40 (40 – 52%), eritrosit 4.3 (4.3 – 6.0 juta/ μ L), leukosit 7600 (4,800 – 10,800/ μ L), trombosit 253000 (150,000 – 400,000/ μ L), SGOT 15 (< 35 U/L), SGPT 7 (< 40 U/L), gds 100 (83 – 140 mg/dl), natrium 141 (135 – 147 mmol/L), kalium 4.5 (3.5 – 5.0 mmol/L), klorida 104 (95 – 105 mmol/L), albumin 4.0 (3.5 – 5.0 g/dl).

6. Penatalaksanaan

- a. Ceftriaxone IV 1x2gr
- b. Metronidazole IV 3x500mg
- c. Transamin IV 3x500mg
- d. Keterolac IV 3x30mg
- e. Omeprazole IV 1x4mg
- f. Candesartan PO 1x4mg
- g. VIP Albumin PO 3x4mg

7. Tabel 3.1 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan adanya luka insisi pembedahan di perut sebelah kanan dan daerah sekitar luka sedikit lembab <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpasang colostomy di perut sebelah kiri 2. Terdapat luka insisi pembedahan di perut sebelah kanan 3. Leukosit (13780 mg/dl), Hb (12,4 g/dl) 4. Tampak darah keluar dari drain sebanyak 50 cc 	risiko infeksi	efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan ditandai dengan adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. P : klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan aktivitas seperti miring kanan dan miring kiri. <p>Q : klien mengatakan nyeri dirasakan seperti di tusuk – tusuk.</p> <p>R : klien mengatakan nyeri diluka operasi bagian perut sebelah kanan.</p> <p>S : skala nyeri 4.</p>	nyeri akut	agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi).

	<p>T : klien mengatakan nyeri hilang timbul.</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis ketika nyeri timbul 2. Tekanan darah meningkat (TD : 137/71 mmHg. 3. Kesadaran: composmentis 4. Klien tampak gelisah 5. Nafsu makan klien menurun. 6. Keluhan nyeri menurun 7. Keluhan sulit tidur menurun. 8. BB saat ini 46 kg, dan BB sebelum sakit 56 kg, TB : 157 cm. 		
--	--	--	--

3.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan aktivitas atau kebutuhan sehari - hari dibantu oleh keluarga (istri). 2. Klien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas karena nyeri dibagian luka insisi operasi. <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak dibantu pada saat aktivitas atau kebutuhan sehari – hari. 2. Klien tampak meringis ketika nyeri timbul. <p>3. $\begin{array}{r|l} 4444 & 4444 \\ \hline 4444 & 4444 \end{array}$</p>	intoleransi aktivitas	kelemahan
----	---	-----------------------	-----------

8. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data, maka didapatkan diagnosa berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut : risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan ditandai dengan adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi), Dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

9. Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

TGL	NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Nama jelas
08 Mei 2023	1.	Risiko infeksi b.d efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan d.d adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi pada luka operasi dan colostomi, dengan kriteria hasil : 1. Leukosit dalam batas normal. 2. Hemoglobin dalam batas normal. 3. Keluhan nyeri menurun. 4. Tidak ada tanda – tanda infeksi pada luka dan colostomi seperti : (bengkak, kemerahan, bernanah).	Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local. 2. Monitor leukosit, hb, dan albumin. Terapeutik : 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 2. Lakukan perawatan colostomi. 3. Lakukan perawatan luka. Edukasi : 1. Ajarkan keluarga untuk memeriksa luka, jika terjadi rembesan. 2. Edukasi tentang cara perawatan luka dirumah. 3. Edukasi tentang cara perawatan colostomi dirumah Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat ceftriaxone	

				<p>(1x2gr) dan metronidazole (3x500mg) via intravena.</p> <p>2. Kolaborasi pemberian obat VIP Albumin (3x4mg) via oral.</p> <p>3. Kolaborasi pemberian obat transamin (3x500) mg via intravena.</p>	
08 Mei 2023	2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 24 jam diharapkan nyeri menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Gelisah menurun. 3. Meringis menurun. 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Monitor efek samping penggunaan analgesic. 4. Monitor tanda – tanda vital. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan dan ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 	

				<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat ketorolac (3x30mg) via intravena. 2. Kolaborasi pemberian obat candesartan (1x4mg) via oral. 	
08 Mei 2023	3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. 2. Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat. 3. Pola dan jam tidur meningkat. 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola dan jam tidur. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring. 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan latihan mobilisasi secara bertahap. 2. Fasilitasi duduk disamping tempat tidur. <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat omeprazole 	

				(1x4mg) via intravena	
				2. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	

10. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan hari pertama

Tanggal 08 Mei 2023

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Waktu	Implementasi	Hasil
1.	Risiko infeksi b.d efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan d.d adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri	08 Mei 2023	18.05 18.15 18.25 18.35 18.45	Memonitor tanda dan gejala infeksi local. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungannya. Memonitor leukosit ,hb, dan albumin. Mengajarkan keluarga cara memeriksa kondisi luka, jika terjadi rembesan. Mengkolaborasi pemberian obat ceftriaxone (1x2gr) dan metronidazole (3x500mg) via intravena.	Tampak ada luka dibagian perut sebelah kanan dan terpasang colostomi dibagian perut sebelah kiri. Perawat selalu melakukan tindakan cuci tangan. Leukosit : 13780 mg/dl, Hb : 12.4 g/dl, Albumin : 3.1 g/dl. Luka tidak ada rembesan, luka terbalut dengan kassa dan area luka tampak lembab. Obat masuk dengan lancar tanpa hambatan dan saat obat dimasukkan klien tampak meringis.

			18.55	Mengkolaborasi pemberian obat VIP Albumin (3x4mg) via oral.	Dokter menganjurkan untuk minum obat secara oral dilakukan nanti saja jika klien sudah diperbolehkan untuk minum secara bertahap
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi)	08 Mei 2023	20.00	Mengidentifikasi (lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi nyeri).	Klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan miring kanan dan miring kiri. klien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditekan benda berat (nyeri tumpul), nyeri yang dirasakan hilang timbul.
			20.15	Memonitor skala nyeri	Skala nyeri klien 4.
			20.20	Memonitor efek samping penggunaan analgesic	Klien mengatakan tidak ada efek samping.
			20.35	Memonitor tanda – tanda vital	TD 137/71 mmHg. N : 79x/menit, S : 37° C, RR : 21x/menit.
			20.40	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Klien tampak istirahat dengan rileks.
			20.45	Memberikan dan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	Klien mengatakan akan mencoba ketika nyeri timbul.
			20.50	Mengkolaborasi pemberian obat ketorolac (3x30mg) via intravena	Obat masuk dengan lancar dan klien tampak meringis ketika obat dimasukkan.
			21.00	Mengkolaborasi pemberian obat candesartan (1x4mg) via oral.	Klien belum diperbolehkan minum obat secara oral dikarenakan klien masih

					dipuaskan selama 6 jam pasca operasi.
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	08 Mei 2023	23.00	Memonitor pola dan jam tidur.	Pola dan jam tidur klien tidak teratur disebabkan adanya nyeri dibagian luka insisi operasi.
			23.10	Menganjurkan tirah baring	Klien tampak tegang saat nyeri timbul.
			23.20	Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	klien belum mampu melakukan aktivitas seperti miring kanan dan miring kiri dikarenakan klien nyeri dibagian luka operasi.
			23.25	Meakukan latihan mobilisasi secara bertahap	Klien belum mampu melakukan aktivitas seperti miring kanan dan miring kiri dikarenakan klien nyeri dibagian luka operasi.
			23.30	Memfasilitasi duduk disamping tempat tidur	Klien tampak meringis ketika nyeri timbul.
			23.50	Mengkolaborasi pemberian obat omeprazole (1x4mg) via intravena	Obat masuk dengan lancar tidak ada hambatan.
			23.55	Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	Ahli gizi akan memberikan diet susu rendah lemak dan tinggi protein sesuai anjuran dokter.

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan hari kedua

Tanggal 09 Mei 2023

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Waktu	Implementasi	Hasil
1.	Risiko infeksi b.d efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan d.d adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri	09 Mei 2023	13.05	Memonitor tanda dan gejala infeksi local.	Tampak ada luka dibagian perut sebelah kanan dan terpasang colostomi dibagian perut sebelah kiri.
			13.15	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungannya.	Perawat selalu melakukan tindakan cuci tangan.
			13.25	Memonitor leukosit ,hb, dan albumin.	Leukosit : 13500 mg/dl, Hb : 12.7 g/dl, Albumin : 3.3 g/dl.
			13.35	Mengajarkan keluarga cara memeriksa kondisi luka, jika terjadi rembesan.	Luka tidak ada rembesan, luka terbalut dengan kassa dan area luka tampak lembab.
			13.45	Melakukan tindakan perawatan colostomi	Kantung colostomy nampak kosong atau tidak ada cairan yang keluar, luka stoma tampak kemerahan.
			13.55	Mengkolaborasi pemberian obat ceftriaxone (1x2gr) dan metronidazole (3x500mg) via intravena.	Obat masuk dengan lancar tanpa hambatan dan saat obat dimasukkan klien tampak meringis.
			14.00	Mengkolaborasi pemberian obat VIP Albumin (3x4mg) via oral.	Obat dihabiskan

2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi)	09 Mei 2023	15.00	Mengidentifikasi (lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi nyeri).	Klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan miring kanan dan miring kiri. klien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditekan benda berat (nyeri tumpul), nyeri yang dirasakan hilang timbul.
			15.15	Memonitor skala nyeri	Skala nyeri klien 4/10 (sedang).
			15.20	Memonitor efek samping penggunaan analgesic	Klien mengatakan tidak ada efek samping.
			15.35	Memonitor tanda – tanda vital	TD 136/72 mmHg. N : 68x/menit, S : 36° C, RR : 18x/menit.
			15.40	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Klien tampak istirahat dengan rileks.
			15.45	Memberikan dan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	Klien mengatakan akan mencoba ketika nyeri timbul.
			15.50	Mengkolaborasi pemberian obat ketorolac (3x30mg) via intravena	Obat masuk dengan lancar dan klien tampak meringis ketika obat dimasukkan.
			16.00	Mengkolaborasi pemberian obat candesartan (1x4mg) via oral.	Obat diminum.
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	09 Mei 2023	16.05	Memonitor pola dan jam tidur.	Pola dan jam tidur klien sudah mulai teratur .
			16.10	Menganjurkan tirah baring	Klien tampak tegang saat nyeri timbul.
			16.20	Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	klien belum mampu melakukan aktivitas seperti

					<p>miring kanan dan miring kiri dikarenakan klien nyeri dibagian luka operasi.</p> <p>Klien belum mampu melakukan aktivitas seperti miring kanan dan miring kiri dikarenakan klien nyeri dibagian luka operasi.</p> <p>Klien tampak meringis ketika nyeri timbul.</p> <p>Obat masuk dengan lancar tidak ada hambatan.</p> <p>Ahli gizi akan memberikan diet susu rendah lemak dan tinggi protein sesuai anjuran dokter.</p>
			16.25	Meakukan latihan mobilisasi secara bertahap	
			16.30	Memfasilitasi duduk disamping tempat tidur	
			16.50	Mengkolaborasi pemberian obat omeprazole (1x4mg) via intravena	
			16.55	Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan hari ketiga

Tanggal 10 Mei 2023

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Waktu	Implementasi	Hasil
1.	Risiko infeksi b.d efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan d.d adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri	10 Mei 2023	08.05	Memonitor tanda dan gejala infeksi local.	Tampak ada luka dibagian perut sebelah kanan dan terpasang colostomi dibagian perut sebelah kiri.
			08.15	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungannya.	Perawat selalu melakukan tindakan cuci tangan.
			08.25	Memonitor leukosit ,hb, dan albumin.	Leukosit : 13000 mg/dl, Hb : 15.0 g/dl, Albumin : 3.5 g/dl.
			08.35	Mengajarkan keluarga cara memeriksa kondisi luka, jika terjadi rembesan.	Luka tidak ada rembesan, luka terbalut dengan kassa dan area luka tampak lembab.
			08.45	Melakukan tindakan perawatan colostomi	Kantung colostomy nampak ada cairan yang keluar sebanyak \pm 5cc, luka stoma tampak kemerahan dan mengganti colostomy bag.
			08.55	Mengkolaborasi pemberian obat ceftriaxone (1x2gr) dan metronidazole (3x500mg) via intravena.	Obat masuk dengan lancar tanpa hambatan dan saat obat dimasukkan klien tampak meringis.
			09.00	Mengkolaborasi pemberian obat VIP Albumin (3x4mg) via oral.	Obat dihabiskan

2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi)	10 Mei 2023	09.20 09.25 09.30 09.35 09.40 09.45 09.50 09.55	Mengidentifikasi (lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi nyeri). Memonitor skala nyeri Memonitor efek samping penggunaan analgesic Memonitor tanda – tanda vital Memfasilitasi istirahat dan tidur Memberikan dan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam Mengkolaborasi pemberian obat ketorolac (3x30mg) via intravena Mengkolaborasi pemberian obat candesartan (1x4mg) via oral.	Klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan mobilisasi seperti : setengah duduk. klien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk – tusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Skala nyeri klien 3/10 (ringan). Klien mengatakan tidak ada efek samping. TD 136/72 mmHg. N : 68x/menit, S : 36° C, RR : 18x/menit. Klien tampak istirahat dengan rileks. Klien mengatakan mempraktikkannya saat nyeri timbul. Obat masuk dengan lancar dan klien tampak meringis ketika obat dimasukkan. Obat diminum.
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	10 Mei 2023	10.00 16.10 16.20	Memonitor pola dan jam tidur. Menganjurkan tirah baring Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Pola dan jam tidur klien sudah teratur. Klien tampak tegang saat nyeri timbul. klien sudah mampu melakukan aktivitas seperti setengah duduk.

			16.25	Melakukan latihan mobilisasi secara bertahap	Klien sudah mampu melakukan mobilisasi secara bertahap seperti setengah duduk.
			16.30	Memfasilitasi duduk disamping tempat tidur	Klien mengatakan mampu melakukan duduk di samping tempat tidur secara perlahan (mandiri sebagian).
			16.50	Mengkolaborasi pemberian obat omeprazole (1x4mg) via intravena	Obat masuk dengan lancar tidak ada hambatan.
			16.55	Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	Ahli gizi akan memberikan diet susu rendah lemak dan tinggi protein sesuai anjuran dokter.

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan hari keempat

Tanggal 11 Mei 2023

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Waktu	Implementasi	Hasil
1.	Risiko infeksi b.d efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan d.d adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri	11 Mei 2023	08.05	Memonitor tanda dan gejala infeksi local.	Tampak ada luka dibagian perut sebelah kanan dan terpasang colostomi dibagian perut sebelah kiri.
			08.15	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungannya.	Perawat selalu melakukan tindakan cuci tangan.
			08.25	Memonitor leukosit ,hb, dan albumin.	Leukosit : 10500 mg/dl, Hb : 15.0 g/dl, Albumin : 4.5 g/dl.
			08.35	Mengajarkan keluarga cara memeriksa kondisi luka, jika terjadi rembesan.	Luka tidak ada rembesan, luka terbalut dengan kassa dan area luka tampak lembab.
			08.45	Melakukan tindakan perawatan colostomi	Kantung colostomy nampak ada cairan yang keluar sebanyak ± 10cc, luka stoma tampak tidak ada tanda – tanda infeksi.
			08.55	Melakukan perawatan luka dan melepas selang drain	Luka tidak ada kemerahan, tidak ada tanda - tanda infeksi, jahitan rapih dan bersih, jahitan ± 6cm, darah keluar dari drain sebanyak 5cc dan pada saat selang drain dilepas klien tampak meringis.

			09.00	Mengedukasi keluarga pasien tentang cara perawatan colostomi dan perawatan luka dirumah	Keluarga pasien tampak memahami yang telah diberikan oleh perawat mengenai perawatan luka dan colostomi dirumah.
			09.10	Mengkolaborasi pemberian obat ceftriaxone (1x2gr) dan metronidazole (3x500mg) via intravena.	Obat masuk dengan lancar tanpa hambatan dan saat obat dimasukkan klien tampak meringis.
			09.15	Mengkolaborasi pemberian obat VIP Albumin (3x4mg) via oral.	Obat dihabiskan
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi)	11 Mei 2023	09.20	Mengidentifikasi (lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi nyeri).	Klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan mobilisasi bertahap seperti duduk di kursi penunggu pasien. klien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk – tusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul.
			09.25	Memonitor skala nyeri	Skala nyeri klien 3/10 (ringan).
			09.30	Memonitor efek samping penggunaan analgesic	Klien mengatakan tidak ada efek samping.
			09.35	Memonitor tanda – tanda vital	TD 124/80 mmHg. N : 72x/menit, S : 36,5° C, RR : 20x/menit.
			09.40	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Klien tampak istirahat dengan rileks.
			09.45	Memberikan dan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	Klien nampak mempraktikkan saat nyeri timbul.

			09.50	Mengkolaborasi pemberian obat ketorolac (3x30mg) via intravena	Obat masuk dengan lancar dan klien tampak meringis ketika obat dimasukkan.
			09.55	Mengkolaborasi pemberian obat candesartan (1x4mg) via oral.	Obat diminum.
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	11 Mei 2023	10.00	Memonitor pola dan jam tidur.	Pola dan jam tidur klien teratur.
			16.10	Menganjurkan tirah baring	Klien tampak tegang saat nyeri timbul.
			16.20	Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Klien sudah mampu melakukan aktivitas seperti duduk di samping tempat tidur dan duduk di kursi penunggu pasien.
			16.25	Melakukan latihan mobilisasi secara bertahap	Klien sudah mampu melakukan mobilisasi secara bertahap seperti duduk di samping tempat tidur dan duduk di kursi penunggu pasien.
			16.30	Memfasilitasi duduk disamping tempat tidur	Klien mengatakan mampu melakukan duduk di samping tempat tidur secara perlahan (mandiri sebagian).
			16.50	Mengkolaborasi pemberian obat omeprazole (1x4mg) via intravena	Obat masuk dengan lancar tidak ada hambatan.
			16.55	Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara	Ahli gizi akan memberikan diet susu rendah lemak dan

				meningkatkan asupan makanan	tinggi protein sesuai anjuran dokter.
--	--	--	--	-----------------------------	---------------------------------------

11. Evaluasi Keperawatan

Tanggal 11 Mei 2023

a. Risiko infeksi b.d efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan d.d adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri

S : klien mengatakan nyeri berkurang dibagian luka operasi

O : leukosit : 10.500 mg/dl, Hb : 15.0 g/dl, klien terpasang colostomy dibagian perut sebelah kiri, luka tampak tidak kemerahan, tidak ada tanda – tanda infeksi, jahitan rapih dan bersih, jahitan sepanjang \pm 6 cm, darah keluar dari drain sebanyak 5cc dan pada saat selang drain dilepas klien tampak meringis. Kantung colostomy nampak ada cairan yang keluar sebanyak \pm 10cc, luka stoma tampak tidak ada tanda – tanda infeksi.

A : masalah teratasi

P : intervensi dihentikan

b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi)

S : klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan miring kanan dan miring kiri, klien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul.

O : skala nyeri 3, klien tampak meringis saat nyeri timbul, klien tampak rileks, TD 124/80 mmHg. N : 72x/menit, S : 36,5° C, RR : 20x/menit

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi dilanjutkan dengan memonitor skala nyeri, frekuensi nyeri dan durasi nyeri.

c. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan

S : klien mengatakan mampu melakukan aktivitas seperti setengah duduk, duduk disamping tempat tidur dan duduk di kursi penunggu pasien. Klien mengatakan pola tidur membaik dan jam tidur teratur

O : klien tampak tegang ketika nyeri timbul, klien tampak dibantu pada saat melakukan aktivitas oleh keluarga

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi dilanjutkan dengan memonitor aktivitas klien, dan memonitor pola dan jam tidur

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas proses asuhan keperawatan yang ditemukan pada kasus dengan teori dan hasil jurnal terkait pada pasien dengan Ca Colon yang telah dilakukan pada tanggal 08 Mei 2023 sampai dengan 11 Mei 2023 diruang perawatan lantai iv Paviliun Eri Soedewo RSPAD Gatot Soebroto dimana dalam pembahasan ini sesuai dengan tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa, perencanaan atau intervensi keperawatan, pelaksanaan atau implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Dari hasil pengkajian kasus pada sistem integument di dapatkan turgor kulit elastis, temperatur hangat, warna kulit pucat, dengan keadaan kulit baik tidak ada lesi dan tidak ada kelainan pada kulit. Terdapat luka insisi pembedahan di perut sebelah kanan, terpasang colostomy di perut sebelah kiri, kondisi luka : tidak ada rembesan, luka tertutup dengan balutan kassa, tidak ada tanda-tanda infeksi, terpasang selang drain di area sekitar luka, dan daerah sekitar luka sedikit lembab terpasang selang drain di perut sebelah kanan. Hal ini sesuai dengan teori menyatakan bahwa tanda – tanda infeksi menurut Septiari (2012) tanda-tanda infeksi adalah sebagai berikut : Rubor (Kemerahan), Calor (Panas), Tumor (Bengkak), Dolor (Nyeri). Sedangkan menurut (Morison 2003 dalam buku kemenkes 2022) terkait tingkatan tanda-tanda infeksi meliputi : Eksudat (keluar cairan dari luka), Eritema (kemerahan pada kulit), Edema (bengkak), dan Letak nyeri dan bau pada luka.

Luka adalah gangguan atau kerusakan integritas dan fungsi jaringan pada tubuh (Suriadi 2007 dalam buku M. Aminuddin,2020 : hal 20). Pada kasus ditemukan luka insisi dibagian perut sebelah kanan. Sesuai dengan penjelasan pada teori bahwa pasien lansia yang mengalami Ca Colon dilakukan tindakan pembedahan laparatomy yang bertujuan untuk mengurangi risiko kekambuhan/penyebaran penyakit pada organ lain (Erfandi,2018). Setelah dilakukan tindakan pembedahan akan terdapat luka insisi di bagian perut sebelah kanan dengan jahitan \pm 6 cm yang terbalut dengan kassa serta pemasangan colostomy dibagian perut sebelah kiri.

Melihat kondisi luka tidak rembes, hal ini dapat diartikan luka tidak mengalami infeksi. Namun karena kadar hemoglobin rendah maka rentan akan berisiko infeksi pada luka tersebut, dan didukung kadar leukosit 13.500 mg/dl. Hal ini sudah menunjukkan risiko terjadinya infeksi.

B. Diagnosa Keperawatan

Data – data yang ditemukan terkait luka maka diagnosa keperawatan pada kasus adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi) karena luka terdapat insisi discontinuitas integument sehingga merasakan nyeri dengan skala nyeri 4.

Pada pasien ini sudah dirawat hari ke 4 post operasi sesuai dengan teori bahwa pasien Ca Colon akan cenderung terjadi penurunan kadar hemoglobin sehingga proses penyembuhan luka berangsur lama, hal ini sesuai dengan teori bahwa faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka adalah usia , status nutrisi , obesitas dan sistem imun dalam tubuh, sehingga muncul diagnosa keperawatan risiko infeksi. Risiko terjadinya infeksi muncul karena pasien mengalami penurunan hemoglobin, leukosit meningkat, masih terdapat luka, nyeri akut pada luka, kemerahan serta adanya pendarahan.

Hal ini dapat diperkuat Jurnal "Karakteristik Pasien Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Berdasarkan Data Demografi, Temuan Klinis, dan Gaya Hidup" mengungkapkan bahwa pasien kanker kolon Indonesia menempati urutan ketiga yang paling umum, dengan jumlah insiden meningkat tajam menjadi 12,8 kasus per 100.000 orang usia dewasa, dan mortalitas 9,5% dari seluruh kasus kanker. Selain itu, Bali adalah salah satu provinsi di mana prevalensi kanker kolorek Jumlah pasien dengan frekuensi tertinggi adalah perempuan (92,3%) dan mereka yang berusia lebih atau sama dengan 50 tahun (92,3%). Nyeri perut bawah (84,6%) adalah salah satu dari berbagai gejala klinis.

Sebagian sampel yang mengalami penurunan berat badan kronis dan memiliki IMT rendah dapat disebabkan oleh riwayat gejala klinis yang mungkin baru dimulai saat pasien menderita kanker stadium lanjut. Hasilnya menunjukkan bahwa pasien kanker kolorektal yang paling umum di RSUP Sanglah adalah wanita yang lebih tua dengan gejala nyeri perut bawah dan hasil laboratorium yang tidak normal.

Ada dua kategori faktor pemicu kanker kolorektal: faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Usia, jenis kelamin, ras, polip kolon, dan riwayat keluarga atau individu dengan penyakit usus kronis inflamasi kronis adalah faktor risiko yang tidak dapat diubah. Gaya hidup, yang mencakup aktivitas fisik, berat badan berlebihan atau obesitas, asupan makanan, merokok, konsumsi alkohol, dan diabetes, adalah faktor risiko yang dapat diubah (American Cancer Society, 2019). Pada sebagian besar populasi, faktor risiko yang paling signifikan yang berdampak pada karsinoma kolorektal adalah usia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia meningkatkan risiko kanker kolorektal 1,7 kali. Faktor obesitas juga berkontribusi pada peningkatan jumlah kasus kanker, termasuk kanker kolorektal. Laki-laki obesitas memiliki risiko sekitar.

Sesuai penjelasan diatas, penyebab dari Ca Colon pada kasus adalah gaya hidup dan kurang mengkonsumsi makanan mengandung serat dan sering mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi lemak. Pada pasien yang mengalami Ca Colon dilakukan tindakan pembedahan, setelah dilakukan tindakan pembedahan pasien

dengan Ca Colon akan diobservasi pada bagian luka serta mengalami penurunan hemoglobin, sehingga muncul diagnosa keperawatan penurunan hb menunjukkan risiko infeksi pada luka insisi operasi dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik setelah operasi untuk diberikan intervensi sesuai masalah yang ada.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan khususnya perawatan luka harus memperhatikan beberapa hal supaya efektif dan efisien. Pada perencanaan ditentukan dengan tujuan masalah kadar Hb dan leukosit dalam batas normal dengan kriteria hasil kadar leukosit membaik, kadar Hb meningkat dan keluhan nyeri dapat menurun.

Pada kasus pasien diberikan terapi obat antibiotic seperti : ceftriaxone 1x2gr dan metronidazole 3x500mg via intravena, pemberian obat ketorolac 3x30 mg via intravena dan pemberian obat VIP Albumin 3x4mg via oral, sehingga pasien mengalami perubahan pada hasil laboratorium seperti : kadar leukosit, hemoglobin, nyeri pada luka berkurang dan dilakukan perawatan luka serta memberikan edukasi terhadap keluarga agar setelah memegang klien dilakukan tindakan cuci tangan 6 langkah dengan benar untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi itu kembali.

D. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan terhadap diagnosa risiko infeksi bahwasanya sudah mengalami perubahan yang signifikan dilihat dari hasil laboratorium pasien dengan nilai, Leukosit : 10500 mg/dl, Hemoglobin : 15.0 g/dl serta luka jahitan tidak ada rembesan dan tidak ada tanda – tanda infeksi, tidak ada kemerahan, terdapat jahitan sepanjang \pm 6 cm. dan diperkuat menggunakan jurnal terkait yang berjudul “ Efektivitas perawatan luka dengan natrium klorida 0,9% dan betadin terhadap penyembuhan luka pada pasien yang telah menjalani operasi sectio caesarea di Ruang Widya Rumah Sakit Ciremai Kota Cirebon”. Diketahui bahwa proses penyembuhan luka pada pasien yang dirawat dengan menggunakan natrium klorida 0,9% dan betadin tidak melebihi 3 hari, dengan jumlah responden 13 pasien rata-rata 7,07 sementara proses penyembuhan lebih dari 3 hari memerlukan waktu yang lebih lama.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa karena antiseptik ini tidak menyebabkan hipersensitivitas karena sodium klorida, yang merupakan larutan fisiologis yang ada di tubuh. Saline biasanya aman digunakan dalam situasi apa pun.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan didapatkan pada diagnosa keperawatan resiko infeksi didapatkan leukosit : 10.500 mg/dl, klien terpasang colostomy dibagian perut sebelah kiri, luka tampak tidak kemerahan, tidak ada tanda – tanda infeksi, jahitan rapih dan bersih, jahitan sepanjang \pm 6 cm sehingga masalah pada resiko infeksi ini teratasi. Perawatan luka sangat efektif dan efisien untuk mengatasi resiko infeksi pada luka serta mengurangi rasa nyeri pada luka.

BAB V

KESIMPULAN

Pada bab ini, penulis menguraikan temuan dari studi kasus yang telah dilakukan tentang diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Kesimpulan

Hasil studi kasus pada sistem integument menunjukkan bahwa turgor kulit elastis, temperatur hangat, warna kulit pucat, dengan keadaan kulit baik tidak ada lesi dan tidak ada kelainan pada kulit. Terdapat luka insisi pembedahan di perut sebelah kanan, terpasang colostomy di perut sebelah kiri, kondisi luka : tidak ada rembesan, luka tertutup dengan balutan kassa, tidak ada tanda-tanda infeksi, terpasang selang drain di area sekitar luka, dan daerah sekitar luka sedikit lembab terpasang selang drain di perut sebelah kanan, hal ini sesuai dengan teori dan jurnal terkait.

Pada pasien yang mengalami Ca Colon dilakukan tindakan pembedahan, setelah dilakukan tindakan pembedahan pasien dengan Ca Colon akan diobservasi pada bagian luka serta mengalami penurunan hemoglobin, sehingga muncul diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur pemasangan colostomy dan tindakan pembedahan d.d adanya luka insisi operasi dan tampak adanya colostomy di perut sebelah kiri, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (setelah prosedur operasi), dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Pada perencanaan ditentukan dengan tujuan masalah kadar Hb dan leukosit dalam batas normal dengan kriteria hasil kadar leukosit membaik, kadar Hb meningkat, keluhan nyeri dapat menurun dan tidak ada tanda- tanda infeksi pada luka insisi dan colostomi. Pada intervensi keperawatan dilakukan pemberian terapi obat seperti : ceftriaxone 1x2gr dan metronidazole 3x500mg via intravena, ketorolac 3x30 mg via intravena dan VIP Albumin 3x4mg via oral, sehingga pasien mengalami perubahan pada hasil laboratorium seperti : kadar leukosit, hemoglobin,

nyeri pada luka berkurang dan dilakukan perawatan luka serta memberikan edukasi terhadap keluarga agar setelah memegang klien dilakukan tindakan cuci tangan 6 langkah dengan benar untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi itu kembali.

Dari hasil keperawatan yang sudah dilakukan selama 4 hari perawatan di dapatkan data – data sebagai berikut : klien mengatakan nyeri berkurang dibagian luka operasi, hasil leukosit dan Hb dalam batas normal, terpasang colostomy dibagian perut sebelah kiri, luka tampak tidak kemerahan, tidak ada tanda – tanda infeksi, jahitan rapih dan bersih, jahitan sepanjang ± 6 cm, darah keluar dari drain sebanyak 5cc dan pada saat selang drain dilepas klien tampak meringis. Kantung colostomy nampak ada cairan yang keluar sebanyak ± 10 cc, luka stoma tampak tidak ada tanda – tanda infeksi. Perawatan luka sangat efektif dan efisien untuk mengatasi resiko infeksi pada luka serta mengurangi rasa nyeri pada luka.

Dari ketiga diagnosa yang dirumuskan oleh penulis sesuai prioritas masalah terdapat dua diagnosa yang teratasi dengan baik dan satu diagnosa yang belum teratasi. Diagnosa yang belum teratasi adalah intoleransi aktivitas disebabkan karena pasien mengatakan nyeri saat melakukan aktivitas sehingga pasien, untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya pasien dibantu oleh keluarga agar menghindari komplikasi yang terkait dengan luka

B. Saran

Setelah menguraikan dan menyimpulkan, penulis dapat menentukan kelebihan dan kekurangan. Kemudian, penulis akan menyampaikan saran untuk perawat ruangan, klien, dan keluarga sebagai berikut :

- 1) Pertahankan dan tingkatkan kerjasama dengan klien dan keluarga untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada klien.
- 2) Untuk perawat ruangan yang sudah memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara optimal, yaitu mendokumentasikan pengkajian data klien sampai dengan evaluasi yang sudah berjalan baik agar dapat dipertahankan.
- 3) Untuk klien untuk mengurangi atau menghindari makanan yang mengandung kolesterol dan lemak tinggi, mengikuti pola hidup sehat, dan rutin melakukan kontrol kesehatan untuk mengontrol status kesehatannya.

- 4) Untuk keluarga klien untuk membantu kebutuhan dasar klien ketika mereka tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri, sehingga asuhan keperawatan dapat diberikan secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Aminuddin, (2020). *Modul Perawatan Luka*. Samarinda: CV Gunawana Lestari.
- Farid, N. (2018). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kanker Kolorektal*. Jakarta: Menkes.
- Gunadi, B. (2022, Juli 19). *Kemkes*. Retrieved from [www.kemkes.go.id: https://www.kemkes.go.id/article/view/22071900003/kemenkes-biofarmaluncurkan-alat-deteksi-kanker-usus.html](https://www.kemkes.go.id/article/view/22071900003/kemenkes-biofarmaluncurkan-alat-deteksi-kanker-usus.html).
- Sri Lestari, K. (2015). Efektifitas Antara Perawatan Luka Dengan Menggunakan NaCl 0,9% dan Betadin Terhadap Proses Penyembuhan Luka Post Operasi. *Alumni PSIK STIKes Cirebon Lulus Tahun 2015*, 785.
- Oktariani. (2022, 09 27). *Kenali Gejala Kanker Usus Besar*. Retrieved from [yankes.kemkes.go.id:https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1588/kenali-gejala-kanker-usus-besar](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1588/kenali-gejala-kanker-usus-besar).
- Nurriddo, A. (2022, 12 21). *Tanda-tanda Infeksi pada Luka*. Retrieved from [yankes.kemkes.go.id:https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1970/tanda-tanda-infeksi-pada-luka](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1970/tanda-tanda-infeksi-pada-luka)
- Mardalena, I. (2019). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Asrizal. (2022). *Buku Ajar Manajemen Perawatan Luka, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: CV Budi Utama.
- Erfandi. (2018). *Manajemen Stoma dengan Pendekatan Psiconeuroimunologi dalam Paradigma Baru*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ihwan. (2021). *Kemoterapi Kanker Kolorektal*. Yogyakarta: Bintang Pustaka Madani.
- Ariesta. (2020). Karakteristik Pasien Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Berdasarkan Data Demografi, Temuan Klinis dan Gaya Hidup. *Jurnal Medika Udayana*, 72.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta : PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019, Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta : PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Edisi 1 . Jakarta : PPNI
- Network, N. C. (2016). *Colon Cancer*. Washington : National Comprehensive Cancer. Network.
- Sayuti, M. &. (2019). Kanker Kolorektal. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 5(2), 76.

- Smeltzer, S. C. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Dahlia. (2022). *Perawatan Luka*. Surabaya: RSUD Dr. Soetomo.
- Kemenkes. (2016). *Kenali dan Cegah Kanker Kolorektal*. Jakarta: Omeoo.
- Ana. (2016). *Konsep Laparatomi*. Jakarta: EGC.
- Lakaman. (2013). *Konsep Laparatomi*. Jakarta: Nuha Medika.
- dkk, O. (2017). *Klasifikasi Laparatomi*. Jakarta.
- Pooria, dkk. (2020). *Indikasi Laparatomi*.
- Mansjoer, A. (2012). *Komplikasi Laparatomi*. Jakarta: Salemba Medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Hasil endoskopi

RS KEPRESIDENAN RSPAD GATOT SOEBROTO
RUANG TINDAKAN ENDOSKOPI
Jl. Abdul Rachman Saleh No.24, Jakarta Pusat 10410. Telp:021-3441008, 3840702

Patient ID	01141600	Class / Room	BPJS MANDIRI
Patient Name	ABDULLAH TN	Ref. Doctor	dr. AHMAD ZUMAR
Age / Sex	74 M	Indication	
Address		Diagnosis	HEMATOSCHEZIA
		Instrument	CF HQ 190 AL

Kolonoskopi REPORT

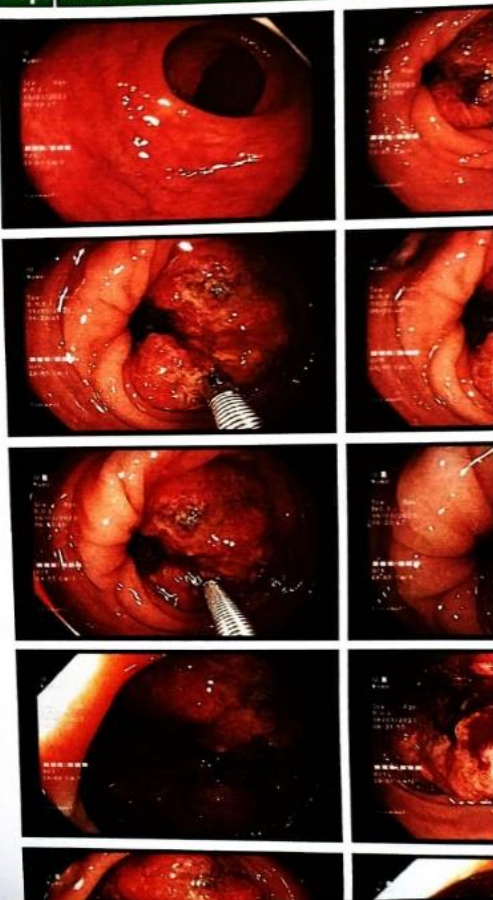
Premedication

RESULT :
Scope masuk sd 10 cm dari ACL
Tampak massa hampir menutup lumen, benjol2,rapuh, mudah berdarah, scope tdk dapat melewatinya.
Doilakukan biopsi utk PA
Tindakan selesai

CONCLUSION :
C/ Ca Recti

RECOMMENDATION :
Tunggu hasil PA
CT-Scan Abdomen
ER

Jakarta, 16



Lampiran 2 : SOP perawatan luka

Kode : Kepdas Prodi Kep/Rev/2021/STIKesGS/02

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO

JENIS KETRAMPILAN : PERAWATAN LUKA MODERN
NAMA MAHASISWA :
LAHAN PRAKTIK :
TANGGAL/HARI :

NO	ASPEK YANG DINILAI	K	BK	KET
A. Persiapan Alat – alat:				
1.	Set luka steril dalam pouches yang berisi :			
a.	1 duk alas steril			
b.	4 Pinset (2 anatomi dan 2 cirurghi), 1 arteri Klem			
c.	2 kom kecil			
d.	1 bungkus kassa (Bisa dalam pouches terpisah)			
e.	Alkohol			
f.	Gunting			
2.	1 pasang sarung tangan steril dan 1 pasang sarung tangan bersih			
3.	Bethadin 10% / na cl 0.9% / alcohol 70%			
4.	Aquades steril sesuai kebutuhan (20 - 30 cc)			
5.	Pengalas (perlak + kain)			
6.	Perekat balutan – non woven (Hypavix / Micropore, dll)			
7.	Gunting			
8.	Bengkok/ Neare beken / Tempat sampah infeksius (kuning)			
B. Persiapan Pasien:				
1.	Melakukan kebersihan tangan 6 langkah*			
2.	Memberi salam, perkenalan diri, identifikasi pasien menerapkan patient safety dengan menanyakan nama pasien dan tanggal lahir dan mencocokkan dengan gelang pasien			
3.	Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan (*)			
4.	Menyiapkan lingkungan dan menjaga privasi (tutup screm/gordyn)			
C. Langkah – langkah :				
1.	Dekatkan alat di trolley kesamping kanan klien (Letakkan bengkok disamping kanan pasien) atau plastic sampah infeksius (warna kuning) di tempat sampah trolley			
2.	Perawat melakukan kebersihan tangan 6 langkah *			
3.	Pasang sarung tangan bersih, apron atau masker sesuai kondisi luka			
4.	Atur posisi pasien sesuai dengan kondisi luka			
5.	Pasang perlak dan pengalas dibawah luka			

Doc : PratikKepdasProdiKep/Revisi/2021

1

Kode : Kepdas Prodi Kep/Rev/2021/STIKesGS/02

6.	Buka set luka steril dan ambil 1 pinset anatomi secara hati2 tangan tidak mengenai peralatan steril lainnya(karna sarung tangan bersih) rapikan alat, isi kom dengan cairan NaCl 0,9%, cairan anti septik lain sesuai instruksi.			
7.	Bersihkan area pinggir luka dan buka kasa yang menutupi luka dengan alcohol swab, jika lengket basahi dengan NaCl 0,9%, dengan menggunakan pinset tadi, tidak mengenai bagian luka * buang kasa ke dalam tempat sampah infeksius, taro pinset ke dalam bengkok.			
8.	Buka / lepaskan sarung tangan bersih, buang ke tempat sampah infeksius			

NO	ASPEK YANG DINILAI	K	BK	KET
9.	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah			
10.	Gunakan sarung tangan steril			
11.	Ambil kasa dengan pinset anatomi dan cirurghi basai dalam kol yang berisi NaCl 0,9% (lakukan sesuai kebutuhan dan kondisi luka			
12.	Bilas luka dengan kasa dan cairan NaCl 0,9% jika ada jaringan nekrosis gosok lembut dengan sabun cuci luka			
13.	Keringkan luka dengan cara ditekan ringan dan lembut (bukan digosok) dengan kasa			
14.	Kaji jumlah, jenis, vaskostias, dan bau exudate : warna dasar luka, ukuran luka, jaringan granuloze/fibrotic, dan tanda infeksi			
15.	Bersihkan kulit sekitar luka, radius ± 5 cm dari tepi luka			
16.	Lakukan debridement (jika perlu) untuk melepas dan membuang jaringan nekrotik dengan gunting tajam dan pinset			
17.	Bilas luka dengan cairan NaCl 0,9% dan keringkan dengan kasa			
18.	Aplikasikan antibiotic topical (metronidazole), gel dipermukaan secara merata, jika ada rongga isi dengan gel, tutup gel dengan balutan penyerap exudat sebagai primary dressing (untuk luka nekrotik)			
19.	Tutup balutan dengan transparan film dressing (untuk luka nekrotik)			
20.	Tutup luka dengan kasa lembab (NaCl 0,9%) dan beberapa lapis kasa kering*			
21.	Tutup seluruh permukaan kasa atau sebagian (sesuai kebutuhan) dengan perekat non-woven (hypavix/micropore)			
22.	Rapikan alat - alat pada tempatnya (rendam dengan cairan enzimatik)			
23.	Lepas sarung tangan, buang ketempat sampah infeksius, lakukan kebersihan tangan, rapikan pasien			

Doc : PratikKepdasProdiKep/Revisi/2021

2

Kode : Kepdas Prodi Kep/Rev/2021/STIKesGS/02

24.	Evaluasi respon pasien dan rencana tindak lanjut			
25.	Dokumentasi pelaksanaan pada catatan perawatan pasien terintegrasi: kondisi luka : panjang, diameter, dalam, bau, jaringan nekrotik dan tanda infeksi *.			
NO	ASPEK YANG DINILAI	K	BK	KET
D. Sikap :				
1.	Sistematis			
2.	Teliti, tidak ragu – ragu			
3.	Tanggap terhadap reaksi klien			
4.	Komunikasi terapeutik			
5.	Mempertahankan prinsip steril			

Catatan

.....

.....

1. nilai tiap nomor : $\frac{\text{Jumlah item kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai (pd kolom No)}} \times 100\%$

.....

.....

2. nilai akhir : $\frac{A + B + C + D}{\text{Jumlah nomor (4)}} \times 100\%$

.....

Keterangan :

- Nilai > 70% dan point kritikal harus 100% (tanda bintang) dinyatakan kompeten
- Nilai < 70% dinyatakan belum kompeten

Jakarta,

Mahasiswa

Penguji

(.....)

(.....)

Doc : PratikKepdasProdiKep/Revisi/2021

3

Lampiran 3 : Hasil laboratorium sebelum operasi

RSPAD GATOT SOEBROTO



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

Nama Pasien / Umur : **Tn. ABDULLAH FAQIH H. IR/74 Tahun** Status Keluarga : Pribadi
 Tanggal Lahir : 12-07-1948 Kesatuan :
 Pangkat / NRP : / Ruang/Poli : / POLI BEDAH DIGESTIF
 No Lab / No RM : 230301 0322D / 01141600 Tg/Jam Registrasi : 01-03-2023 08:32:29
 Permintaan Dokter : dr Ahmad Zumaro, M.Si-Med, Sp.B-KBD Tg/Jam Selesai : 01-03-2023 11:08:31
 Diagnosa Klinik : Internal haemorrhoids with other complications(184.1) Status : BPJS MANDIRI

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL		NILAI RUJUKAN
		01-03-2023 08:32:29	
HEMATOLOGI			
Hematologi Lengkap			
Hemoglobin			
Hematokrit	13.8		13.0 - 18.0 g/dL
Eritrosit	41		40 - 52 %
Leukosit	4.4		4.3 - 6.0 juta/ μ L
Trombosit	5460		4,800 - 10,800 / μ L
Hitung Jenis :	276000		150,000 - 400,000 / μ L
• Basofil	0		
• Eosinofil	8		0 - 1 %
• Batang	2		1 - 3 %
• Segmen	58		2 - 6 %
• Limfosit	24		50 - 70 %
• Monosit	8		20 - 40 %
NLRC	2.42		2 - 6 %
MCV	95		
MCH	32		80 - 96 fL
MCHC	33		27 - 32 pg
RDW	13.40		32 - 36 g/dL
			11.5 - 14.5 %
KOAGULASI			
WAKTU PROTROMBIN (PT)			
• Kontrol	10.9		detik
• Pasien	9.8		9.3 - 11.8 detik
APTT			
• Kontrol	24.2		detik
• Pasien	27.9		23.4 - 31.5 detik
KIMIA KLINIK			
Billirubin Total	0.49		< 1.5 mg/dL
SGOT(AST)	12		< 35 U/L
SGPT(ALT)	6		< 40 U/L
Albumin	4.3		3.5 - 5.0 g/dL
Ureum	24		20 - 50 mg/dL
Kreatinin	0.99		0.5 - 1.5 mg/dL

Tn. ABDULLAH FAQIH H. IR / 12-07-1948 / RM01141600 / 2303010322D

Halaman 1 dari 2
REV. III/X/2016/RM-010b.9

Lampiran 4 : Hasil pembedahan

**MARKAS BESAR TNI ANGKATAN DARAT
RSPAD GATOT SOEBROTO**

LAPORAN PEMBEDAHAN

Nama : TN. ABDULLAH FAQIH
No. RM : 01141600
Tgl. Lahir : 12-07-1948 Laki-laki Perempuan

Tgl. Pembedahan : 08 MEI 2023
Jam : 17.22 WIB

Ahli Bedah : dr. A. Hamid R, Sp.B-KBD, MKes
Asisten : UMMI Z, S.Kep.Ners
Instrumentator : MARIA, S.Kep.Ners

Macam Pembedahan : Kecil Sedang Besar Khusus 1 Khusus 2 / 3 / 4 / 5
 Gawat Darurat Berencana
 Bersih Bersih Tercemar Tercemar Kotor

Diagnosa Pra Bedah : Tumor rectosigmoid

Tindakan Pembedahan : Laparotomi explorasi
Mobilisasi rectosigmoid, Reseksi anterior
End stoma sigmoid (Hartmann prosedur)

Diagnosa Pasca Bedah : Tumor rectosigmoid (infiltratif peritoneum posterolateral kanan), T4

Ahli Bius : dr. Dedi Herlambang, Sp.An	Cara Pembiusan : Umum	Mulai	Selesai	Lama Pembedahan	OK
	Posisi Pasien : Supine	13.22	17.02	Jam 3 Menit 40	<input checked="" type="checkbox"/> V

URAIAN PEMBEDAHAN : Uraian dimulai dari bagian tubuh yang dibedah, cara penemuan tindakan yang dilakukan, explorasi, indikasi dan tindakan macam penutupan luka, dengan lengkap dan jelas, yang keluar jaringan yang dikeluarkan drainage, darah

- Desinfeksi lapangan operasi
- Insisi mediana buka peritoneum
- Explorasi didapat : -massa tumor di daerah rectosigmoid sekitar 2cm dari pelvic floor bagian posterolateral kanan infiltratif ke peritoneum (lengket)
-KGB peri ilia tidak membesar
-hepar licin, tidak ada nodul
- Tindakan : -mobilisasi rectosigmoid dari jaringan sekitar dan perlekatan
-reseksi anterior rectosigmoid, bagian distal dipotong dengan contour (stapler)
-dibuat endstoma sigmoid (Hartmann prosedur)
- Cuci cavum abdomen sebersih mungkin
- Pasang drain cavum pelvis 1 buah
- Pendarahan dikontrol dengan cauter, surgical, spongostan
- Jahit luka operasi
- Operasi selesai

KOMPLIKASI : Tidak
Perdarahan sekitar +/- 100 cc

IMPLANT : Tidak Ya
DIANGKAT : Tidak Ya

Jaringan dikirim ke Patologi : Tidak Ya

dr. A. Hamid Rochanan, Sp.B, SubSp. B, Sp.B, Sp.K, Bedah
Brigjen TNI (Purn)
Spesialis Bedah - Konsultan Bedah
RSPAD GATOT SOEBROTO

Lampiran 5 : Hasil laboratorium sesudah operasi

KAS BESAR TNI ANGKATAN DARAT
RSPAD GATOT SOEBROTO



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

Nama Pasien / Umur : **TN. ABDULLAH FAQIH H, IR/74** Status Keluarga :
Tahun
 Tanggal Lahir : 12-07-1948 Kesatuan :
 Pangkat / NRP : / Ruang/Poli : 2 ICU /
 No Lab / No RM : 230508 1448B / 01141600 Tgl/Jam Registrasi : 08-05-2023 19:22:11
 Permintaan Dokter : dr. Samuel Tgl/Jam Selesai : 08-05-2023 19:57:10
 Diagnosa Klinik : Status : BPJS

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL		NILAI RUJUKAN
	05-05-2023 10:29:21	08-05-2023 19:22:11	
HEMATOLOGI			
Hematologi Rutin			
Hemoglobin		12.4 *	13.0 - 18.0 g/dL
Hematokrit		37 *	40 - 52 %
Eritrosit		4.0 *	4.3 - 6.0 juta/ μ L
Leukosit		13780 *	4,800 - 10,800 / μ L
Trombosit		315000	150,000 - 400,000 / μ L
MCV		93	80 - 96 fL
MCH		31	27 - 32 pg
MCHC		33	32 - 36 g/dL
KIMIA KLINIK			
Albumin	3.1 ✓	* ✓	3.5 - 5.0 g/dL
Kalsium (Ca)	8.4 ✓	* ✓	8,6 - 10,3 mg/dL
Magnesium (Mg)	1.68 ✓	* ✓	1.8 - 3.0 mg/dL
Glukosa Darah (Sewaktu)	183	* ✓	83 - 140 mg/dL
Natrium (Na)	134	* ✓	135 - 147 mmol/L
Kalium (K)	3.7		3.5 - 5.0 mmol/L
Klorida (Cl)	99		95 - 105 mmol/L

g/snarj, 00.12

[Signature]
 dr. Samuel
 08-05-2023 19:57:10

Lampiran 6 : SOP perawatan luka kolostomi

YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
AKPER RSPAD GATOT SOEBROTO

KODE :KMB I/REV01/2020/AKGS/01

JENIS KETERAMPILAN : PERAWATAN LUKA PADA KOLOSTOMI

NAMA MAHASISWA :

LAHAN PRAKTIK :

TANGGAL/HARI :

NO	ASPEK YANG DINILAI	K	BK	KET
A.	Persiapan Alat :			
	1. Set perawatan luka kolostomi steril terdiri dari : 4 pinset anatomi, 2 kom, 5 depres, 1 bungkus kasa, 1 gunting			
	2. Sarung tangan steril dan sarung tangan bersih			
	3. NaCl 0,9 %, supratulil/ kasa vaslin bila diperlukan			
	4. Pengalas, waskom berisi air hangat, waslap dan air sabun			
	5. 2 bengkok dan kantong plastik kuning / tempat kotoran, tisu closet, cairan desinfektan			
	6. Kolostomi bag, Spidol			
	7. Pelindung kulit Zink Zalf			
B.	Persiapan Pasien :			
	1. Memberi salam, memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur dari tujuan tindakan yang akan dilakukan (*)			
	2. Mengidentifikasi pasien			
	3. Menyiapkan lingkungan dan menjaga privasi (tutup screm/gordyn)			
	4. Menganjurkan pasien berbaring dan tenang selama prosedur dilakukan			
C.	Langkah – langkah:			
	1. Perawat melakukan kebersihan tangan			
	2. Atur posisi pasien/ supine			
	3. Pasang pengalas, letakkan kedua bengkok dan kantong plastik diatas pengalas, isi satu bengkok dengan cairan desinfektan, siapkan waskom berisi air hangat			
	4. Buka set perawatan kolostomi			
	5. Memakai sarung tangan bersih			
	6. Melepas kolostomi dengan menggunakan pinset dan masukkan kotoran ke kantong plastik, masukan pinset ke bengkok berisi cairan desinfektan, membersihkan kolostomy dengan tisu, waslap dan sabun			
	7. Buka sarung tangan bersih			
	8. Melakukan kebersihan tangan			
	9. Memakai sarung tangan steril			
	10. Bersihkan kolostomi dan sekitarnya dengan depres/kasa dan NaCl 0,9 %			
	11. Beri pelindung kulit sekitar kolostomi dengan zink zalf, tunggu 15 menit			

DOC.DT/FKMB I/REVISI01/2020

1

		KODE :KMB I/REV01/2020/AKGS/01	
12.	Beri kassa pasline/ supratulil pada luka kolostomi (Jahitan Kolostomy)		
13.	Buat lubang kantong stoma 1/16 – 1/18 inci lebih besar dari ukuran stoma/ 1,3 – 1,5 mm		
14.	Tentukan arah kantong stoma jam 04.30 dan rekatkan pada kulit (hindari lipatan kantong)		
15.	Rapihkan alat – alat dan lepas sarung tangan, anjurkan pasien untuk memakai bajunya/ rapihkan pasien		
16.	Evaluasi respon pasien		
17.	Rencana tindak lanjut		
18.	Melakukan kebersihan tangan		
19.	Dokumentasi (wama kolostomi, prolaps/lidak, keadaan faeces, iritasi/ tidak, perdarahan, retraksi)		
20.	Setelah selesai alat-alat / instrument drendam dengan detergen selama 10-15 menit kemudian dibersihkan		
D.	Sikap :		
	1. Sistematis		
	2. Teliti, tidak ragu – ragu		
	3. Tanggap terhadap reaksi klien		
	4. Komunikasi terapeutik		
	5. Hati - hati		

Catatan:

1. Nilai tiap nomor = $\frac{\text{Item yang kompeten}}{\text{Jumlah item yang dinilai (pd kolom No.)}} \times 100\%$
- = X 100 %
2. Nilai akhir = $\frac{A + B + C + D}{\text{Jumlah nomor. (4.)}}$
- =

Keterangan :

- a. Nilai > 70 % dan point kritis harus 100 % (tanda bintang) dinyatakan kompeten
b. Nilai < 70 % dinyatakan belum kompeten.

DOC.DT/FKMB I/REVISI01/2020

2

Lampiran 7 : Kondisi luka setelah dilakukan perawatan luka



Lampiran 8 : Lembar konsultasi karya tulis ilmiah

KARTU KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Zalfa Firyal Nuha

NIM : 2036116

Judul KTI : Penerapan Asuhan Keperawatan Tn. A Dengan Post
Lapartomy Dalam Efektifitas Perawatan Luka Di Ruang
Perawatan Paviliun Eri Soedewo Lantai IV Tahun 2023

Pembimbing : Ns. Kristianawati, S.Kep., M.Biomed.

No.	Tanggal	Topik Konsultasi	Follow-up	Tanda Tangan Pembimbing
1.	11 Mei 2023	Asuhan Keperawatan	Konsul asuhan keperawatan	
2.	13 Juni 2023	BAB I dan Pengajuan Judul	Konsul BAB I Revisian pengajuan judul	
3.	16 Juni 2023	Revisian BAB I BAB II	Revisian BAB I Konsul BAB II	
4.	19 Juni 2023	BAB I, II, III, IV, V	Konsul BAB I, II, III, IV, V	
5.	27 Juni 2023	Abstrak	Konsul abstrak	
6.	01 Juli 2023	BAB IV	Konsul BAB IV	
7.	04 Juli 2023	BAB I, II, III, IV, V	Revisian BAB I, II, III, IV, V	
8.	06 Juli	PPT sidang	Konsul PPT sidang	

	2023			
--	------	--	--	--

Lampiran 9 : Format asuhan keperawatan medical bedah

STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO
PRODI D III KEPERAWATAN

Nama Mhs : _____

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian :

Tanggal Masuk :

Ruang/Kelas :

Nomor Register :

Diagnosa Medis :

1. Identitas Klien

Nama Klien :

Jenis kelamin :

Usia :

Status Perkawinan :

Agama :

Suku bangsa :

Pendidikan :

Bahasa yg digunakan :

Pekerjaan :

Alamat :

Sumber biaya (Pribadi, Perusahaan, Lain-lain) :

Sumber Informasi (Klien / Keluarga) :

2. Resume

Prodi D. III Keperawatan Rspad Gatot Soebroto AS

3. Riwayat Keperawatan :

a. Riwayat kesehatan sekarang.

- 1) Keluhan utama :
- 2) Kronologis keluhan
 - a) Faktor pencetus :
 - b) Timbulnya keluhan : () Mendadak () Bertahap
 - c) Lamanya :
 - d) Upaya mengatasi :

b. Riwayat kesehatan masa lalu.

1) Riwayat Penyakit sebelumnya (termasuk kecelakaan) :

.....
.....

2) Riwayat Alergi (Obat, Makanan, Binatang, Lingkungan) :

.....

3) Riwayat pemakaian obat :

.....

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan tiga generasi dari klien)

.....
.....

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor risiko

.....
.....

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual.

1) Adakah orang terdekat dengan klien :

.....

2) Interaksi dalam keluarga :

- a) Pola Komunikasi :
- b) Pembuatan Keputusan :
- c) Kegiatan Kemasyarakatan :

3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga :

.....

Prodi D-III Keperawatan Bopod Gatot Soebroto

4) Masalah yang mempengaruhi klien :

.....

5) Mekanisme Koping terhadap stress

() Diskusi () Tidur

() Makan () Cari pertolongan

() Minum obat () Lain-lain (Misal : marah, diam)

6) Persepsi klien terhadap penyakitnya

a) Hal yang sangat dipikirkan saat ini :

.....

b) Harapan setelah menjalani perawatan :

.....

c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit :

.....

7) Sistem nilai kepercayaan :

a) Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan :

.....

b) Aktivitas Agama/Kepercayaan yang dilakukan :

.....

8) Kondisi Lingkungan Rumah

(Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini) :

.....

9) Pola kebiasaan

Prodi D III Keperawatan Rspad Gatot Soebroto

HAL YANG DIKAJI	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	Di Rumah sakit
1. Pola Nutrisi a. Frekuensi makan : X / hari b. Nafsu makan : baik/tidak Alasan :(mual, muntah, sariawan) c. Porsi makanan yang dihabiskan d. Makanan yang disukai (tinggi serat/rencah serat, tinggi lemak/rendah lemak, manis, asin, asam) e. Makanan yang membuat alergi f. Makanan pantangan g. Makanan diet h. Penggunaan obat-obatan sebelum makan i. Penggunaan alat bantu (NGT, dll)

HAL YANG DIKAJI	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	Di Rumah sakit
2. Pola Eliminasi a. B.a.k : 1) Frekuensi : X / hari 2) Warna : 3) Keluhan : 4) Penggunaan alat bantu (kateter, dll) b. B.a.b : 1) Frekuensi : X / hari 2) Waktu :

Prodi D III Keperawatan Rigid Gatot Soebroto

(Pagi / Siang / Malam / Tidak tentu)	.....	.....
3) Warna : .....	.....	.....
4) Konsistensi : .....	.....	.....
5) Keluhan : .....	.....	.....
6) Penggunaan Laxatif : .....	.....	.....
3. Pola Personal Hygiene	.....	.....
a. Mandi	.....	.....
1) Frekuensi : X / hari	.....	.....
2) Waktu : Pagi/ Sore/ Malam	.....	.....
b. Oral Hygiene	.....	.....
1) Frekuensi : X / hari	.....	.....
2) Waktu : Pagi / Siang/ Setelah makan	.....	.....
c. Cuci rambut	.....	.....
1) Frekuensi : X / minggu	.....	.....
4. Pola Istirahat dan Tidur	.....	.....
a. Lama tidur siang : Jam / hari	.....	.....
b. Lama tidur malam : Jam / hari	.....	.....
c. Kebiasaan sebelum tidur : .....	.....	.....
5. Pola Aktivitas dan Latihan.	.....	.....
a. Waktu aktifitas : Pagi/Siang/Malam	.....	.....
b. Olah raga : () Ya () Tidak	.....	.....
c. Jenis olah raga : .....	.....	.....
d. Frekuensi olahraga : ... X / minggu	.....	.....
e. Keluhan dalam beraktivitas	.....	.....
(Pergerakan tubuh /mandi/ Mengenakan pakaian/ Sesak setelah beraktifitas dll)	.....	.....

HAL YANG DIKAJI	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	Di Rumah sakit
6. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan		
a. Merokok : Ya / Tidak	
1) Frekuensi :
2) Jumlah :
3) Lama Pemakaian :
b. Minuman keras / NABZA: Ya / Tidak	
1) Frekuensi :
2) Jumlah :
3) Lama Pemakaian :

a. Pengkajian Fisik :

a. Pemeriksaan Fisik Umum :

- 1) Berat badan :Kg (Sebelum Sakit :Kg)
- 2) Tinggi Badan :cm
- 3) Keadaan umum : () Ringan () Sedang () Berat
- 4) Pembesaran kelenjar getah bening : () Tidak
() Ya, Lokasi.....

b. Sistem Penglihatan :

- 1) Posisi mata : () Simetri () Asimetris
- 2) Kelopak mata : () Normal () Ptosis
- 3) Pergerakan bola mata : () Normal () Abnormal
- 4) Konjungtiva : () Merah muda () Anemis () Sangat Merah

Prodi D III Keperawatan RSPAD Gatot Soebroto

- 5) Kornea : () Normal () Keruh/ berkabut
() Terdapat Perdarahan
- 6) Sklera : () Ikterik () Anikterik
- 7) Pupil : () Isokor () Anisokor
() Midriasis () Miosis
- 8) Otot-otot mata : () Tidak ada kelainan () Juling keluar
() Juling ke dalam () Berada di atas
- 9) Fungsi penglihatan : () Baik () Kabur
() Dua bentuk / diplopia
- 10) Tanda-tanda radang :
- 11) Pemakaian kaca mata : () Tidak () Ya, Jenis.....
- 12) Pemakaian lensa kontak : 13) Reaksi terhadap cahaya
:

c. Sistem Pendengaran :

- 1) Daun telinga : () Normal () Tidak, Kanan/kiri.....
- 2) Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) :
- 3) Kondisi telinga tengah: () Normal () Kemerahan
() Bengkak () Terdapat lesi
- 4) Cairan dari telinga : () Tidak () Ada,.....
() Darah, nanah dll.
- 5) Perasaan penuh di telinga: () Ya () Tidak
- 6) Tinitus : () Ya () Tidak
- 7) Fungsi pendengaran : () Normal () Kurang
() Tuli, kanan/kiri

Prodi D-III Keperawatan Band. Gatot Soebroto AS

- 8) Gangguan keseimbangan : Tidak Ya,.....
- 9) Pemakaian alat bantu : Ya Tidak
- d. Sistem Wicara : Normal Tidak :.....
 Aphasia Aponia
 Dysartria Dysphasia Anarthia
- e. Sistem Pernafasan :
- 1) Jalan nafas : Bersih Ada sumbatan;
- 2) Pernafasan : Tidak Sesak Sesak :.....
- 3) Menggunakan otot bantu pernafasan : Ya Tidak
- 4) Frekuensi : x / menit
- 5) Irama : Teratur Tidak teratur
- 6) Jenis pernafasan :(Spontan, Kausmaull, Cheynestoke, Biot, dll)
- 7) Kedalaman : Dalam Dangkal
- 8) Batuk : Tidak Ya(Produktif/Tidak
- 9) Sputum : Tidak Ya(Putih/Kuning/Hijau)
- 10) Konsistensi : Kental Encer
- 11) Terdapat darah : Ya Tidak
- 12) Palpasi dada :
- 13) Perkusi dada :
- 14) Suara nafas : Vesikuler Ronkhi
 Wheezing Rales
- 15) Nyeri saat bernafas : Ya Tidak
- 16) Penggunaan alat bantu nafas : Tidak Ya
- f. Sistem Kardiovaskuler :
- 1) Sirkulasi Peripher
- a) Nadi x/ menit : Irama : Teratur Tidak teratur
Denyut : Lemah Kuat

Prodi D-III Keperawatan RSPAD Gatot Soebroto

- b) Tekanan darah : mm/Hg
- c) Distensi vena jugularis : Kanan : () Ya () Tidak
 Kiri : () Ya () Tidak
- d) Temperatur kulit () Hangat () Dingin suhu : °C
- e) Warna kulit : () Pucat () Cyanosis () Kemerahan
- f) Pengisian kapiler : detik
- g) Edema : () Ya, () Tidak
 () Tungkai atas () Tungkai bawah
 () Periorbital () muka
 () Skrotalis () Anasarka

2) Sirkulasi Jantung

- a) Kecepatan denyut apical : x/menit
- b) Irama : () Teratur () Tidak teratur
- c) Kelainan bunyi jantung : () Murmur () Gallop
- d) Sakit dada : () Ya () Tidak
- 1) Timbulnya : () Saat aktivitas () Tanpa aktivitas
- 2) Karakteristik : () Seperti ditusuk-tusuk
 () Seperti terbakar () Seperti tertimpa benda berat
- 3) Skala nyeri :

g. Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi :

- 1) Pucat : () Tidak () Ya
- 2) Perdarahan : () Tidak () Ya,
 () Ptechie () Purpura () Mimisan () Perdarahan gusi () Echimosis

Prodi D III Keperawatan RSPAD Gatot Soebroto

h. Sistem Syaraf Pusat

- 1) Keluhan sakit kepala :(vertigo/migrain, dll)
- 2) Tingkat kesadaran : () Compos mentis () Apatis
() Somnolent () Soporokoma
- 3) Glasgow coma scale(GCS) E :, M :, V :
- 4) Tanda-tanda peningkatan TIK : () Tidak () Ya,.....:
() Muntah proyektil () Nyeri Kepala hebat
() Papil Edema
- 5) Gangguan Sistem persyarafan : () Kejang () Pelo
() Mulut mencong () Disorientasi () Polineuritis/ kesemutan
() Kelumpuhan ekstremitas (kanan / kiri / atas / bawah)
- 6) Pemeriksaan Reflek :
 - a) Reflek fisiologis : () Normal () Tidak
 - b) Reflek Patologis : () Tidak () Ya

i. Sistem Pencernaan

Kedadaan mulut :

- 1) Gigi : () Caries () Tidak
- 2) Penggunaan gigi palsu : () Ya () Tidak
- 3) Stomatitis : () Ya () Tidak
- 4) Lidah kotor : () Ya () Tidak
- 5) Saliva : () Normal () Abnormal
- 6) Muntah : () Tidak () Ya,.....
 - a) Isi : () Makanan () Cairan () Darah

- b) Warna : () Sesuai warna makanan () Kehijauan
() Cokelat () Kuning () Hitam
- c) Frekuensi :X/ hari
- d) Jumlah :ml
- 7) Nyeri daerah Abdomen : () Ya,..... () Tidak
- 8) Skala Nyeri :
- 9) Lokasi dan Karakter nyeri :
() Seperti ditusuk-tusuk () Melilit-lilit
() Cramp () Panas/seperti terbakar
() Setempat () Menyebar () Berpindah-pindah () Kanan atas () Kanan bawah () Kiri atas () Kiri bawah
- 10) Bising usus :x/ menit.
- 11) Diare : () Tidak () Ya,.....
a) Lamanya : Frekuensi :x/ hari.
b) Warna faeces : () Kuning () Putih seperti air cucian beras
() Cokelat () Hitam () Dempul
c) Konsistensi faeces : () Setengah padat () Cair () Berdarah
() Terdapat lendir () Tidak ada kelainan
- 12) Konstipasi : () Tidak () Ya,.....
lamanya : hari
- 13) Hepar : () Teraba () Tak teraba
() Nyeri Skala () Tidak Nyeri
- 14) Abdomen : () Lembek () Kembung
() Acites () Distensi

j. Sistem Endokrin

Pembesaran Kelenjar Tiroid : () Tidak () Ya,
() Exoptalmus () Tremor
() Diaporesis

Nafas berbau keton : () Ya () Tidak
() Poliuri () Polidipsi () Poliphagi

Luka Ganggren : () Tidak () Ya, Lokasi.....

Kondisi Luka.....

k. Sistem Urogenital

Balance Cairan : Intake.....ml; Output.....ml

Perubahan pola kemih : () Retensi () Urgency () Disuria
() Tidak lampias () Nocturia
() Inkontinensia () Anuria

B.a.k : Warna : () Kuning jernih () Kuning kental/coklat
() Merah () Putih

Distensi/ketegangan kandung kemih : () Ya () Tidak

Keluhan sakit pinggang : () Ya () Tidak

Skala nyeri :

l. Sistem Integumen

Turgor kulit : () Elastis () Tidak elastis

Temperatur kulit : () Hangat () Dingin

Warna kulit : () Pucat () Sianosis () Kemerahan

Keadaah kulit : () Baik () Lesi () Ulkus

Prodi D-III Keperawatan Rospad Gatot Soebroto AS

() Luka, Lokasi.....

() Insisi operasi, Lokasi

Kondisi.....

() Gatal-gatal () Memar/lebam

() Kelainan Pigmen

() Luka bakar, Grade..... Prosentase.....

() Dekubitus, Lokasi.....

Kelainan Kulit : () Tidak () Ya, Jenis.....

Kondisi kulit daerah pemasangan Infus :

Keadaan rambut :- Tekstur : () Baik () Tidak () Alopesia

- Kebersihan : () Ya () Tidak,

m. Sistem Muskuloskeletal

Kesulitan dalam pergerakan : () Ya () Tidak

Sakit pada tulang, sendi, kulit : () Ya () Tidak

Fraktur : () Ya () Tidak

Lokasi :

Kondisi:.....

Kelainan bentuk tulang sendi : () Kontraktur () Bengkang

() Lain-lain, sebutkan :

Kelainan struktur tulang belakang: () Skoliosis () Lordosis

() Kiposis

Keadaan Tonus otot : () Baik () Hipotoni

() Hipertoni () Atoni

Kekuatan Otot :

... .. |

... .. |

Prodi D. III Keperawatan Bedah Gatot Soebroto

n. Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):

.....
.....
.....
.....

o. Skrining Gizi

Skrining gizi awal dengan MST (malnutrition Screening Tool)

PARAMETER1	SKOR
1. Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak direncanakan dalam 6 bulan terakhir?	
- Tidak	0
- Tidak nyakin	2
- Ya ada penurunan BB sebanyak :	
a. 1-5 kg	1
b. 6-10 kg	2
c. 11-15 kg	3
d. < 15 kg	4
- Tidak tahu berapa kg penurunannya	2
2. Apakah asupan pasien berkurang karena penurunan nafsu makan/kesulitan menerima makanan?	
- Tidak	0
- ya	1

Bila skor lebih atau sama dengan 2, pasien beresiko malnutrisi, konsul ke ahli gizi

p. Pengkajian Nyeri

- 1) Tidak nyeri 0-1
- 2) Nyeri ringan 1-3
- 3) Nyeri sedang 4-6
- 4) Nyeri berat terkontrol 7-9
- 5) Nyeri berat tidak terkontrol 10

Prodi D-III Keperawatan Bopod Gatot Soebroto

q. Resiko Tinggi Jatuh

- 1) Cedera ringan ()
- 2) Cedera sedang ()
- 3) Cedera berat ()

r. **Data Penunjang** (Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah : Lab, Radiologi, Endoskopi dll)

.....

.....

.....

.....

.....

s. **Penatalaksanaan** (Therapi / pengobatan termasuk diet)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Data Fokus

Data Subyektif	Data Obyektif

Prodi D III Keperawatan RSPAD Gatot Soebroto

