

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J.M. DENGAN DIAGNOSA
MEDIK KANKER USUS DI RUANG ASOKA RSUD
PROF.DR.W.Z.JOHANES KUPANG”**



OLEH :

**YUSTINUS EDANG PAJONG
PO. 530320115103**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J.M. DENGAN DIAGNOSA
MEDIK KANKER USUS DIRUANG ASOKA RSUD
PROF.DR.W.Z.JOHANES KUPANG”**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan pada program studi D III
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



OLEH :

**YUSTINUS EDANG PAJONG
PO. 530320115103**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

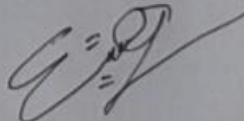
Nama : Yustinus Edang Pajong
NIM : PO.530320115103
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 10 Juni 2019

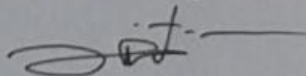
Pembuat Pernyataan



Yustinus Edang Pajong
PO.530320115103

Mengetahui

Pembimbing

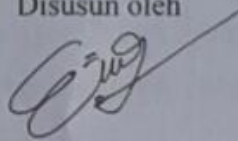


Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep, Ns, MSN
NIP. 19910212201922001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Yustinus Edang Pajong
NIM: PO.530320115103 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. J.M. Dengan
Kanker Usus " di Ruang Asoka RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG"

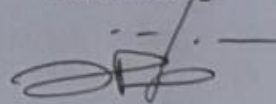
Disusun oleh



Yustinus Edang Pajong
PO.530320115103

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi D III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada tanggal, 10 Juni 2019

Pembimbing

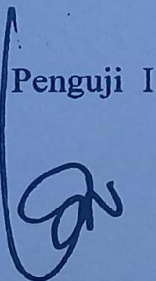


Febtian Cendradevi Nugroho,S.Kep,Ns.MSN
NIP. 19910212201922001

LEMBAR PENGESAHAN

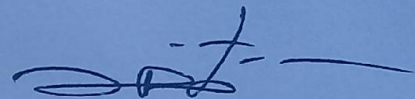
Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Yustinus Edang Pajong dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. J.M. Dengan Kanker Usus” di Ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I


Simon Sani Kleden. S.Kep,Ns.M.Kep
NIP. 197409061997032005

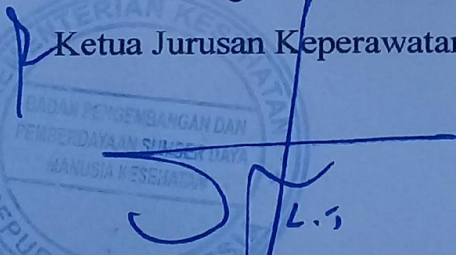
Penguji II



Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep, Ns. MSN
NIP. 19910212201922001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

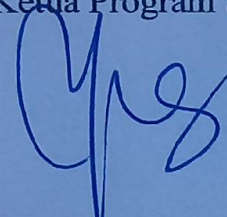


REPUBLIC OF INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN
PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA
MANUSIA KESEHATAN

Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi



Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP. 19770727 200003 2 002

BIODATA PENULIS

Nama : Yustinus Edang Pajong
Tempat, Tanggal Lahir : Seba 05 Juni 1997
Jenis Kelamin : laki - laki
Alamat : Batuplat

Riwayat Pendidikan :1. Tamat SD N 2 Sabu Barat 2009
2. Tamat SMP N 1 Sabu Barat 2012
3. Tamat SMA 1 Sabu Barat 2015
4. Sejak tahun 2015, kuliah di jurusan keperawatan
politeknik kesehatanKemenkes kupang

Motto:

“HIDUP ADALAH PERUBAHAN”

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kupang
Prodi Keperawatan Kupang
Departemen Kesehatan RI
Karya Tulis Ilmiah, Juni 2019

Yustinus Edang Pajong, Febtian Cendradevi Nugroho, S.kep,Ns,MSN, Simon Sani Kleden. S.kep.Ns. M.kep
Asuhan Keperawatan pada Tn. J.M dengan diagnosa medik kenker usus di ruangan asoka Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang
x + 41 halaman + 3 lampiran

Kanker merupakan penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia maupun di Indonesia. Dari tahun ke tahun peringkat penyakit kanker sebagai penyebab kematian semakin mengkhawatirkan. Diperkirakan sekitar 7,6 juta (atau 13% dari penyebab kematian) orang meninggal setiap tahunnya di seluruh dunia karena penyakit kanker. Jika kanker tidak dikendalikan, diperkirakan 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta meninggal karena kanker pada tahun 2030. Data tersebut semakin mengkhawatirkan, karena kejadian kanker akan terjadi lebih cepat di negara miskin dan berkembang. karsinoma kolorektal merupakan penyebab ketiga dari semua kematian akibat kanker, baik pada pria maupun wanita

Tujuan penelitian ini Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Tn. J.M dengan Ca Colon. Jenis penelitian kualitatif dengan desainnya adalah studi kasus memberikan asuhan keperawatan pada Tn. J.M dengan kenker usus

Hasil penelitian didapatkan diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan agen cedera biologis, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pemasukan tidak adekuat, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik.. Implementasi yang dilakukan melakukan pengkajian nyeri secara konperhensif, mengajarkan pasien teknik napas dalam, duduk saat makan, menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering, mengkaji aktifitas yang mampu dilakukan, membantu aktifitas dan ADL.

Kesimpulan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan tidak ada diagnosa yang teratasi, pasien pulang paksa. dengan catatan pasien dapat melanjutkan intervensi sesuai dengan yang telah direncanakan dan pelaksanaan yang telah dijalankan.

Saran untuk pasien dan keluarga adalah diharapkan kerja sama dari keluarga untuk memberikan motivasi untuk kesembuhan Tn. J.M

Kata kunci : Asuhan keperawatan pada Tn. J.M dengan kanker usus
Kepustakaan : 8 buah (2002-2016)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan ke hadirat Tuhan yang maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah tentang Asuhan keperawatan pada Tn. J.M, dengan diagnosa medis Ca colon (kanker usus) di ruangan Asoka RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya tulis ilmiah ini dibuat untuk menyelesaikan studi pada diploma III keperawatan dan mendapat gelar Ahli madya keperawatan.

Laporan studi kasus ini berisikan tentang konsep dasar teori Ca colon dan hasil pengkajian Ca colon yang didapat dari lahan praktik yang meliputi pengkajian data kesehatan pasien, analisis masalah kesehatan dari data yang diperoleh, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana pemecahan masalah, melakukan implementasi dan evaluasi dari rencana pemecahan masalah yang dibuat.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes. pada periode 2018/2022 selaku pelindung dalam ujian akhir program mahasiswa / mahasiswi Prodi DIII keperawatan.
2. Bapak Dr. Florentinus Tat SKp, M.Kes. selaku ketua jurusan keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi penanggung jawab kegiatan ujian akhir program.
3. Ibu Margareta Teli, S.Kep,NS,MSc, PH selaku ketua Prodi DIII keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi koordinator kegiatan ujian akhir program.
4. Ibu Febtian Cendradevi Nugroho S.Kep, Ns, MSN selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar dan penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis sejak ujian praktik, proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah hingga pada saat ujian sidang.
5. Bapak Simon Sani Kleden S.Kep Ns, M.Kep selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Yulianti Kristiani Banhae, S.Kep, Ns, M.Kes selaku pembimbing akademik yang telah membantu membimbing, arahan, motivasi selama menjalankan studi di poltekkes Kemenkes kupang jurusan keperawatan Prodi D III keperawatan

sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Bapak ibu dosen poltekkes Kemenkes kupang jurusan keperawatan Prodi D III keperawatan yang telah memberikan materi dan praktik selama dalam proses perkuliahan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Bapak Emanuel Pajong, Ibu Octaviana Lado, Ibu Ana Lado, Varis, Astrilah, Ressa, dan Mario, yang tak henti – hentinya memberikan dukungan, motivasi dan doa, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabat-sahabat Dede Lede, Opa Moru, Tio lawe Hiku, Ahad Liwe, Ni putu Chicilia, Ingrid Natun, Indah BL Yang selalu memberikan motivasi dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
10. Kakak perawat Ka Rosy, Ka Arsyad, Ka kalis, Ka dian, Ka Tere khususnya ibu Yanti Ataupun S.Kep, Ns yang sudah membantu dalam memberikan kasus untuk penulisan Karya Tulis Ilmiah.
11. Teman Sepembimbing KTI, Wasty Rosinta, ibu Petronela yang telah membantu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman SMA N 1 Sabu Barat angkatan 2015, Khususnya kelas IPA 2
13. Angkatan 24 Poltekkes Kupang tahun 2015 khususnya TK III Reguler B, Yang Selalu setia memberi saran dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan laporan ini masih banyak kekurangan yang penulis lakukan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan study kasus ini.

Kupang ,10 Juni 2019

penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan	v
Biodata Penulis	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Lampiran	xi
Bab 1 Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.3 Manfaat	3
Bab 2 TinjauanPustaka	
2.1 Konsep Penyakit Kanker Usus	
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Etiologi	5
2.1.3 Manifestasi Klinis	6
2.1.4 Klasifikasi.....	8
2.1.5 Komplikasi	9
2.1.6 Patifisiologi	10
2.1.7 Pathway	11
2.1.8 Pemeriksaan penunjang	11
2.1.9 Penatalaksanaan.....	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	
2.2.1 Pengkajian.....	15
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	23
2.2.3 Intervensi Keperawatan	23
2.2.4 Implementasi	27

2.2.5 Evaluasi	27
Bab 3 Studi Kasus Dan Pembahasan	
3.1 Hasil Studi Kasus	28
3.2 Pembahasan	33
Bab 4 Kesimpulan Dan Saran	
4.1 Kesimpulan	39
4.1.1 pengkajian	39
4.1.2 diagnosa.....	39
4.1.3 perencanaan	39
4.1.4 implementasi	39
4.1.5 evaluasi.....	40
4.2 Saran	40
Daftar Pustaka	41
Lampiran	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Format Pengkajian dan Askep Kanker Usus

Lampiran 2. Bukti Proses Bimbingan

Lampiran 3. Daftar Kegiatan Ujian Akhir Program Tahun Ajaran 2019

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia maupun di Indonesia. Dari tahun ke tahun peringkat penyakit kanker sebagai penyebab kematian semakin mengkhawatirkan. Diperkirakan sekitar 7,6 juta (atau 13% dari penyebab kematian) orang meninggal setiap tahunnya di seluruh dunia karena penyakit kanker. Jika kanker tidak dikendalikan, diperkirakan 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta meninggal karena kanker pada tahun 2030. Data tersebut semakin mengkhawatirkan, karena kejadian kanker akan terjadi lebih cepat di negara miskin dan berkembang (WHO, 2008).

Di Amerika Serikat, karsinoma kolorektal merupakan penyebab ketiga dari semua kematian akibat kanker, baik pada pria maupun wanita (Haggard, 2009). Dengan perkiraan 134.000 kasus baru per tahun dan sekitar 55.000 kematian, penyakit ini merupakan penyebab hampir 15% kematian disebabkan kanker di Amerika Serikat (Robbins, 2012).

Di Asia, karsinoma kolorektal juga merupakan masalah yang penting (Yee, 2009). Insiden di Jepang yang dahulu rendah, sekarang meningkat hingga level pertengahan seperti di Inggris (Robbins, 2012).

Di Indonesia, berdasarkan data dari Rumah Sakit Kanker Dharmas, pada tahun 2010 karsinoma kolorektal merupakan jenis kanker ketiga terbanyak dengan jumlah kasus 1,8/100.000 penduduk dan hingga saat ini karsinoma kolorektal tetap termasuk dalam 10 besar kanker yang sering terjadi. Observasi dari bagian patologi Anatomi RSCM, Jakarta menunjukkan bahwa pada tahun 1986-1990, penderita kanker kolorektal berjumlah 275 orang, dan terus meningkat menjadi 368 orang pada tahun 1991-1995, sementara data pada tahun 1999-2003 bahkan angkanya mencapai 584 orang. Ini membuktikan terjadi peningkatan kejadian karsinoma kolorektal di Indonesia. Sekitar 9,5 persen laki – laki penderita

kanker terkena kanker kolorektal, sedangkan pada wanita angkanya mencapai 9,3 persen dari total jumlah penderita kanker. Ada lebih dari 940.000 kasus kanker kolorektal baru setiap tahun (Jemal et al., 2008). Insiden kanker kolorektal di Indonesia cukup tinggi, demikian juga angka kematiannya. Meskipun belum ada data yang pasti, tetapi berbagai laporan di Indonesia menunjukkan kenaikan jumlah kasus. Data dari Depkes didapatkan angka 1,8 per 100.000 penduduk (Depkes,2006). Kasus Kanker usus di RSUD Prof Dr. W.Z Yohanes kupang sendiri khususnya di ruang Asoka, data untuk kanker usus pada tahun 2018 terdapat 18 kasus kanker usus yang ditemukan. dan pada Tahun 2019 sampai bulan Juni sudah ditemukan 7 kasus kanker usus.

Menurut Syamsuhidajat, terdapat berbagai faktor yang berkaitan dengan peningkatan resiko kanker jenis ini, yaitu faktor umur, riwayat polip kolon, riwayat penyakit inflammatory bowel disease, riwayat keluarga, diabetes tipe 2, asupan makan (kebiasaan makan), kurang aktivitas fisik, obesitas, merokok, dan konsumsi alkohol. Faktor asupan makan (kebiasaan makan) yang saat ini paling banyak mendapat perhatian adalah rendahnya kandungan serat sayuran yang tidak dapat diserap dan tingginya kandungan lemak dari daging (Robbins, 2012). Menurut analisis data survei tingkat konsumsi serat yang dikumpulkan Puslitbang Direktorat Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan RI, konsumsi serat harian rata-rata penduduk Indonesia baru sekitar 10 gram / hari, ini masih jauh dari kebutuhan serat yang dianjurkan dari WHO yaitu 25 – 30 gram/hari (Joseph, 2003).

Untuk mendapatkan gambaran yang nyata tentang perawatan pasien kanker usus, maka dalam penulisan karya ilmiah ini penulis mengambil judul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Kanker usus.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Tn. J.M dengan Ca Colon (kanker usus)

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian pada pasien Tn. J.M dengan Ca Colon (kanker usus) di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z . Johannes Kupang.
2. Mahasiswa dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. J.M dengan Ca Colon (kanker usus) di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z . Johannes Kupang.
3. Mahasiswa dapat menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn. J.M dengan Ca Colon (kanker usus) di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z . Johannes Kupang.
4. Mahasiswa dapat melaksanakan implementasi pada pasien Tn. J.M dengan Ca Colon (kanker usus) di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z . Johannes Kupang.
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi pada pasien Tn. J.M dengan Ca Colon (kanker usus) di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z . Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teori

Dapat dijadikan referensi sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dengan masalah Ca Colon

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan serta memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Ca Colon dan sebagai bahan acuan bagi penulis selanjutnya dalam mengembangkan penulisan lanjutan terhadap pasien dengan masalah Ca Colon

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang keperawatan medikal bedah.

3. Bagi institusi RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik keperawatan, terkhususnya untuk pasien dengan masalah kesehatan Ca Colon

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Ca Colon (kanker usus)

2.1.1 Definisi

Colorectal Cancer atau dikenal sebagai Ca Colon atau Kanker Usus Besar adalah suatu bentuk keganasan yang terjadi pada kolon, rektum, dan appendix (usus buntu) Kanker colon/usus besar adalah tumbuhnya sel kanker yang ganas di dalam permukaan usus besar atau rectum.(Boyle &Langman, 2000 : 805).

Kanker colon adalah pertumbuhan sel yang bersifat ganas yang tumbuh pada colon dan menginvasi jaringan sekitarnya.(Tambayong, 2000 : 143).

Dari beberapa pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa kanker kolon adalah suatu pertumbuhan tumor yang bersifat ganas dan merusak sel DNA dan jaringan sehat disekitar kolon (usus besar).

2.1.2 Etiologi

Penyebab dari pada kanker Colon tidak diketahui. Diet dan pengurangan waktu peredaran pada usus besar (Aliran depan feses) yang meliputi faktor kausatif. Petunjuk pencegahan yang tepat dianjurkan oleh Amerika Cancer Society, The National Cancer Institut, dan organisasi kanker lainnya.

Faktor resiko telah teridentifikasi untuk kanker kolon

- Usia lebih dari 40 tahun
- Darah dalam feses
- Riwayat polip rektal atau polip kolon
- Adanya polip adematosa atau adenoma villus
- Riwayat keluarga dengan kanker kolon atau poliposis dalam keluarga
- Riwayat penyakit usus inflamasi kronis
- Diet tinggi lemak, protein, daging dan rendah serat.

Makanan – makanan yang pasti di curigai mengandung zat-zat kimia yang menyebabkan kanker pada usus besar. Makanan tersebut juga mengurangi waktu peredaran pada perut, yang mempercepat usus besar menyebabkan terjadinya kanker. Makanan yang tinggi lemak terutama lemak hewan dari daging merah, menyebabkan sekresi asam dan bakteri anaerob, menyebabkan timbulnya kanker di dalam usus besar. Daging yang di goreng dan di panggang juga dapat berisi zat-zat kimia yang menyebabkan kanker. Diet dengan karbohidrat murni yang mengandung serat dalam jumlah yang banyak dapat mengurangi waktu peredaran dalam usus besar. Beberapa kelompok menyarankan diet yang mengandung sedikit lemak hewan dan tinggi sayuran dan buah-buahan. (Mormons, seventh Day Adventists).

Makanan yang harus dihindari :

- Daging merah
- Lemak hewan
- Makanan berlemak
- Daging dan ikan goreng atau panggang
- Karbohidrat yang disaring (example : sari yang disaring)

Makanan yang harus dikonsumsi :

- Buah – buahan dan sayur – sayuran khususnya Craciferous Vegetables dari golongan kubis (seperti brokoli)
- Butir padi yang utuh
- Cairan yang cukup terutama air

2.1.3 Manifestasi Klinis

Gejala sangat ditentukan oleh lokasi kanker, tahap penyakit, dan fungsi segmen usus, tempat kanker berlokasi, gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan.

Gejala yang saling berhubungan dengan lesi sebelah kanan adalah nyeri dangkal abdomen dan melena. Gejala yang sering berhubungan dengan lesi sebelah kiri adalah yang berhubungan dengan obstruksi (nyeri abdomen dan kram, oenipisan feses, konstipasi, dan distensi. Serta adanya darah merah Segar dalam feses. Gejala yang berhubungan dengan lesi rectal adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defeksi, konstipasi dan diare bergantian, serta feses berdarah.

1. Kanker kolon kanan

- Isi kolon berupa cairan
- Obstruksi
- Melena
- Nyeri dangkal abdomen
- Anemia
- Mucus jarang terlihat
- Pada orang yang kurus, tumor kolon kanan mungkin dapat teraba, tetapi jarang pada stadium awal. Penderita mungkin mengalami perasaan tidak enak pada abdomen, dan kadang – kadang pada epigastrium.

2. Kanker kolon kiri dan rectum

- Cenderung menyebabkan perubahan defekasi
- Diare
- Nyeri kejang
- Kembung
- Sering timbul gangguan obstruksi
- Feses dapat kecil dan berbentuk seperti pita
- Mucus ataupun darah segar sering terlihat pada feses.
- Anemia
- Keinginan defekasi atau sering berkemih

- Gejala yang mungkin dapat timbul pada lesi rectal adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defekasi, konstipasi dan diare bergantian, serta feses berdarah (Gale, 2000).

Tabel Perbedaan manifestasi klinis dari kolon kanan dan kolon kiri

Kolon kanan	Kolon kiri
Pasokan darah: a. mesenterika superior, v. mesenterika superior. Balikan vena: vena porta hati kanan	Pasokan darah: a. mesenterika inferior, v. mesenterika inferior Balikan vena: v. lienalisàvena porta hati kiri
Besar	Kecil
Cair seperti bubur	Berbentuk kering, padat
Terutama absorpsi air, elektrolit	Storasi feses, defekasi
Umumnya berbentuk benjolan, sering ulserasi luas, berdarah, infeksi	Umumnya tipe infiltrative, mudah ileus
Massa abdominal, sistemik, perut kembung, nyeri samar dan gejala tak khas	Ileus (obstruksi pada usus), hematokezia (perdarahan yang keluar dari anus dengan warna merah segar), iritasi usus

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi kanker kolon dapat ditentukan dengan sistem TNM (T = tumor, N = kelenjar getah bening regional, M = jarak metastese).

- T Tumor primer
- TO Tidak ada tumor
- TI Invasi hingga mukosa atau sub mukosa
- T2 Invasi ke dinding otot
- T3 Tumor menembus dinding otot
- N Kelenjar limfa
- N0 tidak ada metastase
- N1 Metastasis ke kelenjar regional unilateral

- N2 Metastasis ke kelenjar regional bilateral
- N3 Metastasis multipel ekstensif ke kelenjar regional
- M Metastasis jauh
- MO Tidak ada metastasis jauh
- MI Ada metastasis jauh

Klasifikasi kanker kolon menurut modifikasi DUKES adalah sebagai berikut :

A	kanker hanya terbatas pada mukosa dan belum ada metastasis.
B1	kanker telah menginfiltrasi lapisan muskularis mukosa.
B2	kanker telah menembus lapisan muskularis sampai lapisan propria.
C1	kanker telah mengadakan metastasis ke kelenjar getah bening sebanyak satu sampai empat buah.
C2	kanker telah mengadakan metastasis ke kelenjar getah bening lebih dari 5 buah.
D	kanker telah mengadakan metastasis regional tahap lanjut dan penyebaran yang luas & tidak dapat dioperasi lagi.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi pada pasien dengan kanker kolon yaitu:

- Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap.
- Metastase ke organ sekitar, melalui hematogen, limfogen dan penyebaran langsung.
- Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi.
- Perforasi usus dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses.
- Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok.
- Pembentukan abses

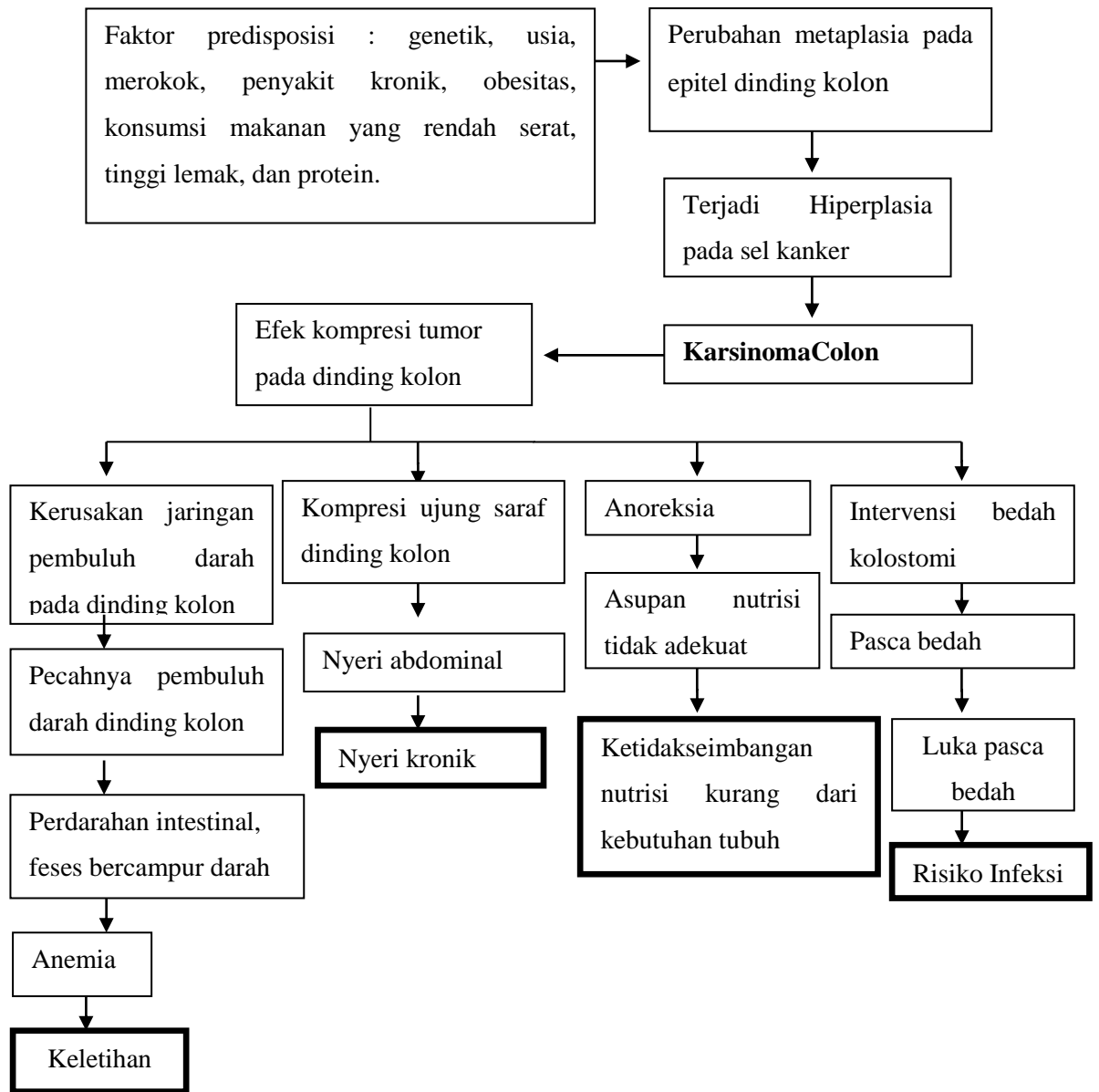
2.1.6 Patofisiologi/Patologi

Penyebab jelas kanker usus besar belum diketahui secara pasti, namun makanan merupakan faktor yang penting dalam kejadian kanker tersebut. Yaitu berkorelasi dengan faktor makanan yang mengandung kolesterol dan lemak hewan tinggi, kadar serat yang rendah, serta adanya interaksi antara bakteri di dalam usus besar dengan asam empedu dan makanan, selain itu dapat juga dipengaruhi oleh minuman yang beralkohol, khususnya bir.

Kanker kolon dan rektum terutama berjenis histopatologi (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel dalam usus = endotel). Munculnya kanker kolon biasanya dimulai sebagai polip jinak, yang kemudian dapat menjadi ganas dan menyusup, serta merusak jaringan normal dan meluas ke dalam struktur sekitarnya. Kanker kolon dapat berupa masa poliploid, besar, tumbuh ke dalam lumen, dan dengan cepat meluas ke sekitar usus sebagai striktura annular (mirip cincin). Lesi annular lebih sering terjadi pada bagi rektosigmoid, sedangkan lesi poliploid yang datar lebih sering terjadi pada sekum dan kolon ascendens. Kanker kolon dapat menyebar melalui :

1. Infiltrasi langsung ke struktur yang berdekatan, seperti ke dalam kandung kemih (vesika urinaria).
2. Penyebaran lewat pembuluh limfe limfogen ke kelenjar limfe perikolon dan mesokolon.
3. Melalui aliran darah, hematogen biasanya ke hati karena kolon mengalirkan darah balik ke sistem portal.

2.1.7 pathway



2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Endoskopi:

Pemeriksaan endoskopi perlu dilakukan baik sigmoidoskopi maupun kolonoskopi. Gambaran yang khas karsinoma atau ulkus akan dapat dilihat dengan jelas pada endoskopi, dan untuk menegakkan diagnosis perlu dilakukan biopsi.

2. Radiologis

Pemeriksaan radiologis yang dapat dilakukan antara lain adalah foto dada dan foto kolon (barium enema). Foto dada dilakukan untuk melihat apakah ada metastasis kanker ke paru. Pemeriksaan dengan 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

3. Ultrasonografi (USG)

Sulit dilakukan untuk memeriksa kanker pada kolon, tetapi digunakan untuk melihat ada tidaknya metastasis kanker ke kelenjar getah bening di abdomen dan hati.

4. Histopatologi

Biopsy digunakan untuk menegakkan diagnosis. Gambar histopatologis karsinoma kolon adalah adenokarsinoma dan perlu ditentukan diferensiasi sel.

5. Laboratorium

Pemeriksaan Hb penting untuk memeriksa kemungkinan pasien mengalami perdarahan (FKUI, 2001 : 210). Tumor marker (petanda tumor) yang biasa dipakai adalah CEA. Kadar CEA lebih dari 5 mg/ ml biasanya ditemukan karsinoma kolorektal yang sudah lanjut. Berdasarkan penelitian, CEA tidak bisa digunakan untuk mendeteksi secara dini karsinoma kolorektal, sebab ditemukan titer lebih dari 5 mg/ml hanya pada sepertiga kasus stadium III. Pasien dengan buang air besar lendir berdarah, perlu diperiksa tinjanya secara bakteriologi terhadap shigella dan juga amoeba.

6. Scan (misalnya, *MRI*. *CZ: gallium*) dan ultrasound

Dilakukan untuk tujuan diagnostik, identifikasi metastatik, dan evaluasi respons pada pengobatan.

7. Biopsi (aspirasi, eksisi, jarum)

Dilakukan untuk diagnostik banding dan menggambarkan pengobatan dan dapat dilakukan melalui sum – sum tulang, kulit, organ dan sebagainya.

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Bila sudah pasti karsinoma kolon, maka kemungkinan pengobatan adalah sebagai berikut :

1. Pembedahan (Operasi)

Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal, pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolostomi laparoskopik dengan polipektomi merupakan suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskop digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon, massa tumor kemudian di eksisi. Reseksi usus diindikasikan untuk kebanyakan lesi kelas A dan semua kelas B serta lesi C. Pembedahan kadang dianjurkan untuk mengatasi kanker kolon kelas D. Tujuan pembedahan dalam situasi ini adalah paliatif. Apabila tumor sudah menyebar dan mencakup struktur vital sekitar, operasi tidak dapat dilakukan. Tipe pembedahan tergantung dari lokasi dan ukuran tumor.

Prosedur pembedahan pilihan adalah sebagai berikut.

- Reseksi segmental dengan anastomosis (pengangkatan tumor dan porsi usus pada sisi pertumbuhan, pembuluh darah dan nodus limfatik)
- Reseksi abominoperineal dengan kolostomi signoid permanen (pengangkatan tumor dan porsisigmoid dan semua rektum serta sfingter anal)

- Kolostomi sementara diikuti dengan reseksi segmental dan anastomosis serta reanastomosis lanjut dari kolostomi
- Kolostomi permanen atau ileostomy (untuk menyembuhkan lesi obstruksi yang tidak dapat direseksi)

2. Penyinaran (Radioterapi)

Terapi radiasi memakai sinar gelombang partikel berenergi tinggi misalnya sinar X, atau sinar gamma, difokuskan untuk merusak daerah yang ditumbuhi tumor, merusak genetic sehingga membunuh kanker. Terapi radiasi merusak sel-sel yang pembelahan dirinya cepat, antara lain sel kanker, sel kulit, sel dinding lambung & usus, sel darah. Kerusakan sel tubuh menyebabkan lemas, perubahan kulit dan kehilangan nafsu makan.

3. Kemothepary

Chemotherapy memakai obat anti kanker yang kuat , dapat masuk ke dalam sirkulasi darah, sehingga sangat bagus untuk kanker yang telah menyebar. Obat chemotherapy ini ada kira-kira 50 jenis. Biasanya di injeksi atau dimakan, pada umumnya lebih dari satu macam obat, karena digabungkan akan memberikan efek yang lebih bagus (FKUI, 2001 : 211)

4. Difersi vokal untuk kanker kolon dan rektum

Berkenaan dengan teknik perbaikan melalui pembedahan, kolostomi dilakukan pada kurang dari sepertiga pasien kanker kolorektal. Kolostomi adalah pembuatan lubang (stoma) pada kolon secara bedah. Stoma ini dapat berfungsi sebagai difersi sementara atau permanen. Ini memungkinkan drainase atau evakuasi isi kolon keluar tubuh. Konsistensi drainase dihubungkan dengan penempatan kolostomi yang ditentukan oleh lokasi tumor dan luasnya invasi pada jaringan sekitar.

5. Penatalaksanaan Keperawatan

- Dukungan adaptasi dan kemandirian.
- Meningkatkan kenyamanan.
- Mempertahankan fungsi fisiologis optimal.

- Mencegah komplikasi.
- Memberikan informasi tentang proses/kondisi penyakit, prognosis, dan kebutuhan pengobatan.

6. Penatalaksanaan Diet

- Cukup mengkonsumsi serat, seperti sayur – sayuran dan buah – buahan Serat dapat melancarkan pencernaan dan buang air besar sehingga berfungsi menghilangkan kotoran dan zat yang tidak berguna di usus, karena kotoran yang terlalu lama mengendap di usus akan menjadi racun yang memicu sel kanker.
- Kacang – kacangan (lima porsi setiap hari)
- Menghindari makanan yang mengandung lemak jenuh dan kolesterol tinggi terutama yang terdapat pada daging hewan.
- Menghindari makanan yang diawetkan dan pewarna sintetis, karena hal tersebut dapat memicu sel karsinogen / sel kanker.
- Menghindari minuman beralkohol dan rokok yang berlebihan.
- Melaksanakan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Tujuan dari pengkajian atau anamnesa merupakan kumpulan informasi subyektif yang diperoleh dari apa yang dipaparkan oleh pasien terkait dengan masalah kesehatan yang menyebabkan pasien melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan (Niman, 2013).

1. Identitas pasien yang perlu untuk dikaji meliputi:
 - a. Meliputi nama dan alamat
 - b. Jenis kelamin : kanker usus ini lebih banyak menyerang pada laki – laki.
 - c. Umur : paling sering menyerang orang yang berusia lebih dari 40 tahun

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama. Lakukan pertanyaan yang bersifat ringkas sehingga jawaban yang diberikan klien hanya kata “ya” atau “tidak” atau hanya dengan anggukan kepala atau gelengan.

3. Riwayat Kesehatan Sebelumnya:

Pengkajian yang mendukung adalah mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita penyakit lain. Orang yang sudah pernah terkena kanker usus besar dapat terkena kanker usus besar untuk kedua kalinya. Selain itu, wanita dengan riwayat kanker di indung telur, uterus (endometrium) atau payudara mempunyai tingkat risiko yang lebih tinggi untuk terkena kanker usus besar.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga:

Secara patologi kanker colon tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya mempunyai riwayat kanker usus besar pada keluarga, maka kemungkinan terkena penyakit ini lebih besar, khususnya jika saudara anda terkena kanker pada usia muda

5. Riwayat Tumbuh Kembang

Kelainan – kelainan fisik atau kematangan dari perkembangan dan pertumbuhan seseorang yang dapat mempengaruhi keadaan penyakit seperti gizi buruk atau obesitas.

6. Riwayat Sosial Ekonomi

Pada riwayat sosial ekonomi pasien terkait makanan dan nutrisi yang dikonsumsi oleh pasien setiap harinya.

7. Riwayat Psikologi

Cara pasien menghadapi penyakitnya saat ini, dapat menerima, ada tekanan psikologis berhubungan dengan sakitnya itu. Kita kaji tingkah laku dan kepribadian.

8. Persepsi kesehatan dan cara pemeliharaan kesehatan

Cara klien menjaga kesehatan, cara menjaga kesehatan, pengetahuan klien tahu tentang penyakitnya, tanda dan gejala apa yang sering muncul, perilaku mengatasi kesehatan, pengetahuan penyebab sakitnya.

9. Nutrisi metabolik

Makan atau minum, frekuensi, jenis, waktu, volume, porsi, obat-obatan yang dikonsumsi.

10. Eliminasi

Pola buang air besar atau buang air kecil : teratur, frekuensi, warna, konsistensi, keluhan nyeri.

11. Aktivitas dan latihan

Aktivitas sehari-hari yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, bantuan dalam melakukan aktivitas, keluhan klien saat beraktivitas.

12. Tidur dan istirahat

Kualitas tidur klien, kebiasaan tidur klien, kebiasaan sebelum tidur klien.

13. Kognitif dan persepsi sensori

Pengkajian nyeri PQRST, penurunan fungsi Panca indera, alat bantu yang digunakan misalnya kaca mata.

14. Persepsi dan konsep diri

Cara klien menggambarkan dirinya sendiri, pandangan klien terhadap penyakitnya, harapan klien terhadap penyakitnya.

15. Peran dan hubungan dengan sesama

Hubungan klien dengan sesama, hubungan klien dengan orang lain keluarga, perawat dan dokter

16. Reproduksi dan seksualitas

Gangguan pada hubungan seksualitas klien, mekanisme koping dan toleransi terhadap stres.

17. Mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Cara klien menghadapi masalah, cara klien mengatasi solusi.

18. Nilai dan kepercayaan

Kebiasaan dalam menjalankan agama, tindakan medis yang bertentangan dengan kepercayaan klien, menjalankan ajaran agama yang dianut klien, persepsi terkait dengan penyakit yang dialami dilihat dari sudut pandang nilai dan kepercayaan klien.

19. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis
GCS E4 V5 M6 Skala nyeri 5

Tanda vital:

- a. Tekanan Darah : 140/90 mm/Hg
- b. Nadi : 105 X/mnt
- c. RR : 24 X/mnt
- d. Suhu : 36°C

Interpretasi :

Tekanan darah pasien tinggi karena pasien berusia hampir 60 tahun. Nadi tinggi karena pasien biasanya nyeri, RR, suhu dalam batas normal dan tidak ada gangguan.

Pengkajian Fisik Head to toe (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a. Kepala

Inspeksi : Tidak ada benjolan / kanker kolon, tidak ada lesi dikepala, penyebaran rambut merata, rambut bersih, hitam, tidak ada ketombe.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

b. Mata

Inspeksi : Konjungtiva anemis, posisi dan kesejajaran mata normal, dilatasi pupil normal, ada reaksi dengan cahaya, tidak memakai kacamata, fungsi penglihatan normal.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

c. Telinga

Inspeksi : Bentuk dan ukuran telinga normal, tidak ditemukan pembengkakan, telinga dalam keadaan bersih, ketajaman pendengaran normal.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

d. Hidung

Inspeksi : bentuk hidung normal, simetris, pernapasan cuping hidung, bersih, tidak ada pembengkakan, tidak ada secret

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

e. Mulut

Inspeksi : Bibir : mukosa bibir kering, rongga mulut : jumlah gigi lengkap, lidah : bersih, warna lidah putih

f. Leher

Inspeksi : bentuk normal, simetris, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, teraba nadi karotis

g. Dada

Inspeksi : bentuk dada normal, simetris, tidak ada retraksi dada

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara paru-paru sonor (normal), suara jantung pekak

Auskultasi : S1 - S2, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronkhi, wheezing, snoring

h. Abdomen

Inspeksi : distensi abdomen

Auskultasi : Peristaltik normal (20x/menit)

Perkusi : Timpani

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

i. Ekstremitas

Ekstremitas Atas

Inspeksi : gerak tangan antara dekstra dan sinistra seimbang, kekuatan otot
Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada massa

Ekstremitas Bawah

Inspeksi : kekuatan otot dekstra sinistra 5

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada massa

j. Kulit dan kuku

Inspeksi :

Kulit : kulit lembab, warna kulit kuning langsung, turgor kulit baik

Kuku : kuku pendek dan bersih

Palpasi : CRT 2 detik

Keadaan lokal

Kondisi umum pasien biasanya adalah composmentis dengan nilai GCS 14 -1 5.

20. Pemeriksaan diagnostik

1. pemeriksaan laboraorium
2. pemeriksaan hispatologi
3. pemeriksaan MSCT-Scan

21. Analisa data

NO	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
	Data Subjektif : - Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan keluar banyak keringat	Ca Colon ↓ Kompresi tumor pada dinding kolon ↓	Nyeri Kronis

<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit tidur - Pasien mengatakan skala nyeri 5 - P : Nyeri terasa saat pasien beraktivitas maupun istirahat - Q : Nyeri terasa seperti ditusuk - R : Nyeri terasa di perut bagian bawah - S : Skala nyeri 5 - T : nyeri dirasa lebih dari 3 bulan, muncul sewaktu-waktu dengan durasi yang tidak menentu. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri wajah pasien 6 - Mata kurang bercahaya - Dilatasi pupil - Gerakan mata hanya berfokus pada bagian yang sakit - Pasien tampak meringis - Pasien tampak memegang perutnya bagian bawah - Pasien tampak gelisah 	<p>Kompresi ujung saraf</p> <p>↓</p> <p>Nyeri abdominal</p> <p>↓</p> <p>Nyeri kronis</p>	
---	--	--

<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas seperti biasanya - Pasien mengatakan tidak mampu melaksanakan tanggung jawabnya - Pasien mengatakan mudah lelah - Pasien mengatakan sering mengantuk - Pasien mengatakan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarga <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tampak pucat - Konjungtiva anemis - Mukosa bibir tampak pucat - Kuku-kuku tampak pucat - CRT > 3 detik - Hb < normal - Pasien tampak lemas dan berbaring di tempat tidur 	<p>Ca Colon ↓ Kompresi tumor pada dinding kolon ↓ Kerusakan jaringan pembuluh darah ↓ Pecahnya pembuluh darah ↓ Perdarahan intestinal, feses campur darah ↓ Anemia ↓ Keletihan</p>	<p>Keletihan</p>
<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan nyeri abdomen - Pasien mengatakan tidak nafsu makan <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus > dari normal - Membran mukosa bibir tampak 	<p>Ca colon ↓ Kompresi tumor pada dinding kolon ↓ Anoreksia ↓ Asupan nutrisi tidak adekuat ↓</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>

	<p>pucat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan di bawah ideal - Penurunan berat badan - Hanya menghabiskan setengah porsi makanan 	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	
4.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah melakukan operasi pembedahan kolostomi <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak luka pasca bedah kolostomi 	<p>Ca colon ↓ Intervensi bedah kolostomi ↓ Luka pasca bedah ↓ Risiko infeksi</p>	Risiko infeksi

2.2.2 Diagnosa keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kompresi tumor pada ujung saraf nyeri di dinding kolon
2. Keletihan berhubungan dengan anemia karena adanya perdarahan internal dan feses bercampur darah
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan nutrisi yang tidak adekuat
4. Risiko infeksi berhubungan dengan luka pasca bedah kolostomi

2.2.3 Intervensi

NO	Diagnosa	NOC	NIC
1.	<p>Nyeri Kronis (001330)</p> <p>Domain 12 : Kenyamanan</p> <p>Kelas 1 : Kenyamanan Fisik)</p>	<p>Kriteria hasil :</p> <p>Setelah dilakukantindakankeperawat an3x24 jamdiharapkan pasien mampu untuk:</p> <p>1. Menunjukkan kontrol nyeri dengan indikator :</p>	<p>(1400) Manajemen Nyeri</p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p>

		<p>a. Mengenal faktor penyebab dari skala 2 jarang menjadi skala 4 sering melakukan</p> <p>b. Mengenal omset lamanya sakit dari skala 2 jarang menjadi skala 4 sering melakukan</p> <p>c. Menggunakan metode pencegahan dari skala 2 jarang menjadi skala 4 sering melakukan</p> <p>d. Menggunakan metode non analgetik untuk mengurangi nyeri dari skala 2 jarang menjadi skala 4 sering melakukan</p> <p>e. Menggunakan analgetik sesuai kebutuhan dari skala 2 jarang menjadi skala 4 sering melakukan</p>	<p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeripasien</p> <p>4. Kaji kultur yang mempengaruhi responnyeri</p> <p>5. Kaji tipe dan sumbernyeri</p> <p>6. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi : napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin</p> <p>7. Berikan analgetik untuk menguranginyeri</p> <p>8. Evaluasi keefektifan controlnyeri</p> <p>9. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang, dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur.</p>
2.	Keletihan (00093) Domain 4 : Aktivitas/istirahat Kelas 3 :	Kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Pasien mampu	(0180) Manajemen energi 1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2. Ajarkan pasien

	Keseimbangan energi	<p>untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan tingkat kelelahan dengan indikator : <ol style="list-style-type: none"> a. Kelelahan dari skala 2 cukup berat ditingkatkan ke skala 4 menjadi ringan b. Kehilangan selera makan dari skala 2 cukup berat ditingkatkan ke skala 4 menjadi ringan c. Kelenjar getah bening dari skala 2 cukup berat ditingkatkan ke skala 4 menjadi ringan d. Kegiatan sehari – hari dari skala 2 cukup berat ditingkatkan ke skala 4 menjadi ringan 	<p>mengungkapkan perasaan secara verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Perbaiki defisit status fisiologis pasien 4. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologi maupun non farmakologi 5. Monitor intake / asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 6. Monitor lokasi sumber nyeri yang dialami pasien 7. Tingkatkan tirah baring dan batasi kegiatan
3.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002)</p> <p>Domain 2 : Nutrisi Kelas 1 : Makan</p>	<p>Kriteria hasil:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Pasien mampu untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan tingkat kelelahan dengan indikator : <ol style="list-style-type: none"> a. Asupan gizi dari skala 2 banyak menyimpang dari rentang normal 	<p>(1100) Manajemen nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. Tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien 3. Tentukan jumlah makanan dan kalori untuk memenuhi kebutuhan gizi 4. Monitor kalori dan asupan

		<p>ditingkatkan ke skala 4 sedikit menyimpang dari rentang normal</p> <p>b. Asupan makanan dari skala 2 banyak menyimpang dari rentang normal ditingkatkan ke skala 4 sedikit menyimpang dari rentang normal</p> <p>c. Energi dari skala 2 banyak menyimpang dari rentang normal ditingkatkan ke skala 4 sedikit menyimpang dari rentang normal</p>	<p>makanan</p> <p>(0180) Manajemen energi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2. Ajarkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal 3. Perbaiki defisit status fisiologis pasien 4. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologi maupun non farmakologi 5. Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 6. Monitor lokasi sumber nyeri yang dialami pasien 7. Tingkatkan tirah baring dan batasi kegiatan
4.	<p>Risiko Infeksi (00004)</p> <p>Domain 11 : Keamanan/perindungan</p> <p>Kelas 1 : Infeksi</p>	<p>Kriteria hasil:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Pasien mampu untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan tingkat kontrol infeksi dengan indikator : <ol style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi faktor risiko infeksi dari skala 2 	<p>(6540) Kontrol infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan ke pasien 2. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat 3. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melapor ke tenaga kesehatan

		<p>jarang menunjukkan ditingkatkan ke skala 4 sering menunjukkan</p> <p>b. Mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi dari skala 2 jarang menunjukkan ditingkatkan ke skala 4 sering menunjukkan</p> <p>c. Mempertahankan lingkungan yang bersih dari skala 2 jarang menunjukkan ditingkatkan ke skala 4 sering menunjukkan</p>	<p>4. Kolaborasi untuk memberikan terapi antibiotik yang sesuai</p>
--	--	---	---

2.2.4 Implementasi

Melaksanakan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan dan di lakukan sesuai dengan kebutuhan klien / pasien tergantung pada kondisinya. Sasaran utama pasien meliputi peredaan nyeri, mengontrol ansietas, pemahaman dan penerimaan penanganan, pemenuhan aktivitas perawatan diri, termasuk pemberian obat, pencegahan isolasi sosial, dan upaya komplikasi.

2.2.5 Evaluasi

Melakukan pengkajian kembali untuk mengetahui apakah semua tindakan yang telah dilakukan dapat memberikan perbaikan status kesehatan terhadap klien sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada pasien berinisial Tn. J.M berjenis kelamin laki-laki, Tn. J.M berusia 83 tahun, beragama Kristen Protestan, suku Rote, dan bertempat tinggal di Liliba. Tn J.M Rujukan dari rumah sakit Kartini pada tanggal 19-05-2019 dengan diagnosa medik Ca Colon (kanker usus)

Pengkajian dilakukan tanggal 27 Mei 2019 pada istri dan Tn. J.M karena Tn J.M mengalami gangguan pendengaran. Menurut hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. K didapatkan bahwa kondisi Tn. J.M mengalami nyeri pada perut, nafsu makan menurun dan mual muntah. Ny. K juga menambahkan bahwa pasien di rujuk dari rumah sakit Kartini ke RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan alasan untuk mendapatkan tindakan lanjutan.

Tn. J.M tinggal serumah dengan istri. Dalam keluarga tidak ada keluarga yang sakit sama seperti pasien, hasil yang didapatkan pada saat pengkajian Tn. J.M adalah sebelum sakit Tn. J.M tidak pernah merokok, tidak minum alkohol, dan juga tidak minum kopi.

Pada saat dilakukan pengkajian fisik didapatkan hasil bahwa, keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis didapatkan tekanan darah 110/70 mmHg, pernapasan 22x/menit, nadi 82x/menit teraba kuat, suhu badan 36,7⁰c, konjungtiva anemis, skelera jaundice, mukosa bibir tampak kering dan pucat, CRT<3 detik, akral hangat, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada tarikan dinding dada, saat di auskultasi terdengar suara napas vesikuler.

Hasil pemeriksaan Tn. J.M pada tanggal 27 Mei 2019 jam 19:39 didapatkan Hb 11,1 g/dl seharusnya Hb normal adalah 13,0-18,0. Jumlah eritrosit $4.15 \cdot 10^6/\mu\text{l}$. Nilai normalnya $4,50-6,20 \cdot 10^6/\mu\text{l}$. Hematokrit

29,8% dengan nilai normalnya adalah 40,0-54,0 %. MCV 71.8 fl, dengan nilai normalnya 81.0 – 96.0. MCH 26.7 pg, dengan nilai normal 27.0 – 36.0 pg. MCHC 37.2, g/l, dengan nilai normal 31,0 – 37,0. Jumlah leukosit $11,36 \times 10^3/\mu\text{l}$, dengan nilai normalnya $4,0 - 10,0 \times 10^3/\mu\text{l}$. Neutrofil 72.1 %, dengan nilai normalnya 50 – 70 %. Limfosit 14.8 %, dengan nilai normal 20 – 40 %. Monosit 10.9 %, dengan nilai normalnya 2 – 8 %. Jumlah neutrofil $8.19 \times 10^3/\mu\text{l}$, dengan nilai normalnya $1.50 - 7.00 \times 10^3/\mu\text{l}$. Jumlah monosit $1.24 \times 10^3/\mu\text{l}$, dengan nilai normalnya $0.00 - 0.70 \times 10^3/\mu\text{l}$. Elektrolit 125 mmol/L, nilai normalnya 132 – 147 mmol/L

Pasien mengatakan merasa nyeri pada perut. Pengkajian nyeri PQRST. P : nyeri pada bagian abdomen, Q : nyeri terasa seperti teriris – iris, R : nyeri terasa pada bagian abdomen, S : skala nyeri 5 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan terus menerus, dengan durasi yang lama. Wajah pasien tampak meringis dan memegang bagian perut. TD110/70 mmHg, RR: 22x/menit, nadi 82x/menit, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$.

Saat dilakukan pengkajian didapatkan bahwa nafsu makan pasien berkurang mual dan muntah setelah makan, tidak menghabiskan porsi makan, hanya makan 4 – 5 sendok. pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, Hb 11,1 g/dl BB pasien sebelum sakit 72 kg saat sakit BB pasien 68 kg

Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada perut sejak 18 Mei 2019, pasien terlihat mengantuk pada pagi hari, terus berbaring di tempat tidur.

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil bahwa, pasien tidak dapat membasuh tubuh, tidak dapat mengakses kamar mandi, pasien mengatakan badan lemas, tidak dapat melakukan aktivitas sendiri saat makan, minum dan mandi dibantu oleh keluarga (istri dan anak).

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas BAK dan BAB sendiri pasien tidak mampu ke toilet sendiri sehingga keluarga memakaikan pempres. Pasien mengatakan merasa lemah, pusing, pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, Hb11,1g/dl.

3.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang telah dikaji dan dengan menetapkan, masalah, penyebab, dan data penunjang. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen cedera biologis yang ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, Pengkajian nyeri PQRST : P : nyeri pada bagian abdomen, Q : nyeri terasa seperti teriris – iris, R : nyeri terasa pada bagian abdomen, S : skala nyeri 5 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan terus menerus, dengan durasi yang lama. Wajah pasien tampak meringis dan memegang areah perut.
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pemasukan nutrisi yang tidak adekuat ditandai dengan pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, mual dan muntah, terasa sakit pada tenggorokan saat menelan, tidak menghabiskan porsi makanan, hanya makan 4 – 5 sendok saja. pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, BB sebelum sakit 72 kg, saat sakit BB pasien 68kg
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, ditandai dengan pasien mengatakan badan lemas, tidak dapat melakukan aktivitas makan minum dan berpakaian secara mandiri dan harus di bantu oleh keluarga. Kekuatan otot tangan kanan 4, tangan kiri 4, kaki kanan 3 dan kaki kiri 3

3.1.3 perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan dibuat setelah menegakkan diagnosa keperawatan.

1. Untuk diagnosa pertama adalah dengan tujuan nyeri yang dirasakan pasien akan berkurang selama dalam perawatan, dengan objektif dalam waktu 3x24jam pasien mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan

- pengecahan, intervensi yang dapat diambil, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, diskusikan bersama faktor-faktor yang dapat menurunkan dan memperberat nyeri, mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri yaitu teknik relaksasi napas dalam, dan distraksi serta melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik (ketorolac 30 mg)
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pemasukan nutrisi yang tidak adekuat dengan tujuan nafsu makan pasien meningkat dan objektifnya dalam waktu 3x24 jam pasien memiliki hasrat untuk makan, menyukai makanan yang disiapkan, pasien menghabiskan porsi makan yang disediakan. Intervensi yang dapat diambil tentukan status gizi pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi, anjurkan pasien untuk duduk tegak saat makan, anjurkan pasien untuk makan makanan yang hangat, anjurkan pasien untuk makan makanan sedikit tapi sering.
 3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dengan tujuannya pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas dengan objektif dalam jangka waktu 3x24 jam Pasien tidak pusing saat beraktivitas merasa nyaman untuk beraktivitas. Dengan intervensi : mengkaji aktivitas yang mampu di lakukan, memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas, meningkatkan tirah baring dan batasi kegiatan, dan membantu ADL.

3.1.4 Implementasi keperawatan

Merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan, di buat setelah menetapkan intervensi pada diagnosa yang diambil. Pada tanggal 27 – 29 Mei 2019, tidak semua diagnosa dilakukan implementasi setiap harinya. untuk diagnosa pertama adalah nyeri kronik berhubungan dengan agen cedera biologis, implementasi yang dilakukan yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif mendiskusikan bersama pasien faktor – faktor yang dapat menurunkan dan memperberat nyeri, mengkaji tipe dan sumber

nyeri, mengajarkan prinsip – prinsip manajemen nyeri yaitu teknik relaksasi napas dalam dan distraksi serta melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri (ketorolac (30 mg)

Untuk diagnosa keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dilakukan implementasi, menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi, menentukan jumlah makanan dan kalori untuk memenuhi kebutuhan gizi menganjurkan pasien untuk duduk tegak saat makan, menganjurkan pasien untuk makan makanan yang hangat, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering

Untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, dilakukan intervensi mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang akan dilakukan, Membantu pasien untuk memilih aktivitas yang akan dilakukan, Menganjurkan aktivitas fisik untuk meningkatkan ADL.

3.1.5 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah di implementasikan kepada Tn. J.M sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat atau di implementasikan. Berikut ini dipaparkan evaluasi hasil dari tindakan yang dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 27 – 29 Mei 2019

Evaluasi yang dinilai dari implementasi yang dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 untuk diagnosa pertama yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen cedera biologis adalah pasien mengerti dan paham dengan teknik relaksasi napas dalam dan distraksi yang sudah diajarkan oleh mahasiswa dan pasien dapat mempraktikkannya. Keluarga juga terlibat dalam penanganan teknik nyeri non farmakologi dan dapat memahami kondisi pasien.

Berdasarkan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk menyelesaikan diagnosa kedua yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, didapatkan hasil bahwa nafsu makan pasien menurun, mual muntah setiap kali makan, dan tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan.

Selanjutnya evaluasi yang didapatkan untuk menilai hasil dan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik didapatkan hasil bahwa pasien masih merasa lemas, aktivitas makan, minum, berpakaian, dan toileting masih dibantu oleh keluarga pasien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri.

3.2 Pembahasan

Pada pembahasan studi kasus, yang akan dibahas adalah kesenjangan antara teori yang ada dan dengan praktek di lapangan. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, menggunakan proses keperawatan yang dimulai dari melakukan pengkajian sampai tahap evaluasi keperawatan. Pada pengkajian keperawatan yang dilakukan mengambil data – data melalui proses wawancara (anamnesa) dan melalui pengkajian fisik, dimana data – data yang diambil dapat berupa data primer maupun sekunder dan dapat bersifat subjektif maupun objektif. Kemudian data yang telah didapat di analisa untuk menegakkan diagnosa keperawatan menggunakan rumus P E S (problem, etiologi, sign and symptom)

Setelah menegakkan diagnosa keperawatan, maka langkah selanjutnya adalah membuat perencanaan keperawatan dengan menggunakan Nursing Outcome Classification (NOC) dan Nursing Intervention (NIC). Setelah menyusun perencanaan, langkah selanjutnya yaitu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Setelah melakukan tindakan keperawatan, diperlukan melakukan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan dari tindakan keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi formatif maupun evaluasi sumatif (hasil).

Begitu pun dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik kanker usus (Ca colon). Dalam pembahasan ini juga akan dilihat apakah selama memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker usus terdapat kesenjangan antara teori dan praktek pada kasus nyata yang ada di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Niman (2013), pada pasien kanker usus biasanya ditemukan gejala klinis berupa sakit perut, berat badan turun, ikterus, anoreksia, mual, muntah, hepatomegali dan anemia.

Hasil pengkajian yang sudah dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 didapatkan hasil riwayat kesehatan Tn.J.M dimana saat pasien di bawah ke IGD pasien merasa nyeri pada perutnya, mual, muntah, dan merasa lemas serta anemia (11.1 g/dl). Berdasarkan hasil pengkajian fisik didapatkan hasil bahwa pasien mengalami hepatomegali. Pada prinsipnya hepatomegali dapat terjadi apabila sel kanker sudah bermetastase ke bagian hepar. Tn. J.M mengalami hepatomegali karena sel kanker dari colon sudah bermetastase ke bagian tubuh lain yaitu hepar. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik pada kasus nyata.

Menurut konsep teori dijelaskan bahwa riwayat kesehatan keluarga dengan kanker usus dan juga penyakit DM tipe II, dapat mempengaruhi terjadinya kanker. pada pasien dengan diabetes, sering digunakan beberapa obat diabetes untuk meningkatkan produksi insulin dalam tubuh. Tingginya kadar insulin dalam tubuh dapat menyebabkan hiperinsulinemia yang bisa mendorong pertumbuhan tumor dengan mengikat reseptor hormon pertumbuhan IGF-1.

Namun menurut hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan hasil bahwa keluarga Tn. J.M tidak mengalami penyakit DM dan keluarga Tn. J.M tidak ada yang memiliki sakit seperti yang dialami oleh pasien saat ini. Dengan demikian didapatkan hasil bahwa ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang ada pada lapangan.

Menurut konsep teori, pada pasien dengan kanker usus ada beberapa pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa dan juga untuk mengetahui status kesehatan pasien. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan antara lain adalah Endoskopi, Radiologis, Ultrasonografi (USG), Histopatologi, Laboratorium, Scan (misalnya, MR1. CZ: gallium) dan ultrasound, Biopsi (aspirasi, eksisi, jarum). Namun pada kasus nyata yang ditemukan adalah pasien hanya melakukan pemeriksaan tes darah, CT scan, USG dan Colonoscopy. Dalam hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik pada kasus nyata, dimana tidak semua pemeriksaan penunjang dilakukan.

Menurut konsep teori pada pasien dengan kanker usus saat dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu pengecekan Hb darah, pasien dengan ca colon atau kanker usus pasti akan mengalami anemia. Dimana anemia terjadi karena kerusakan jaringan pembuluh darah pada dinding kolon sehingga terjadi perdarahan intestinal.

Menurut pengkajian yang dilakukan pada Tn.J.M didapatkan hasil bahwa pasien mengalami anemia, Dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik pada kasus nyata.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam teori diagnosa yang keperawatan yang dapat diambil pada pasien dengan kanker usus adalah Nyeri kronik berhubungan dengan agens cedera biologis, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak mampu dalam mencerna makanan, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dan resiko infeksi berhubungan dengan insisi (kolostomi)

Dalam hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata, mahasiswa tidak mengangkat semua diagnosa yang dipaparkan dalam teori karena mahasiswa menyesuaikan dengan kondisi Tn. J.M saat pengkajian dilakukan. Berdasarkan pengkajian, ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, dengan

karakteristik : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, Pengkajian nyeri PQRST : P : nyeri pada bagian abdomen, Q : nyeri terasa seperti teriris – iris, R : nyeri terasa pada bagian abdomen, S : skala nyeri 5 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan terus menerus, dengan durasi yang lama. Wajah pasien tampak meringis dan memegang area perut.

Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat, dengan karakteristik : pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, mual dan muntah, terasa sakit pada tenggorokan saat menelan, tidak menghabiskan porsi makanan, hanya makan 4 – 5 sendok saja. pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, BB sebelum sakit 72 kg, saat sakit BB pasien 68 kg.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, dengan karakteristik : pasien mengatakan badan lemas, tidak dapat melakukan aktivitas makan minum dan berpakaian secara mandiri dan harus di bantu oleh keluarga. Kekuatan otot tangan kanan 4, tangan kiri 4, kaki kanan 3 dan kaki kiri 3. Diagnosa-diagnosa lain yang ada pada teori tidak ditemukan pada pasien Tn.J.M.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Penyusunan intervensi keperawatan pada konsep asuhan keperawatan menggunakan outcome (NOC) dengan kriteria waktunya, skala dan hasil yang diharapkan serta rencana tindakannya (NIC). Pada penerapannya dalam kasus nyata tidak ada kesenjangan karena penyusunan rencana tindakan keperawatan menggunakan Nursing Outcome Classification (NOC) dengan adanya kriteria waktu dan hasil yang diharapkan dan Nursing Intervention Classification (NIC) untuk rencana tindakan. Pada diagnosa keperawatan pertama nyeri kronis berhubungan dengan agens cedera biologis infiktrasi tumor, dalam teori intervensi yang dapat dibuat yaitu Pain Manajemen : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan. Pada kasus

Tn. J.M, seluruh intervensi dilakukan berdasarkan teori, sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

3.2.4 Implementasi

Untuk pelaksanaan tindakan keperawatan, semuanya sesuai dengan teori yang berdasarkan pada rencana keperawatan yang telah dibuat. Pada hari pertama tanggal 27 Mei 2019 untuk diagnosa pertama nyeri kronis berhubungan dengan agens cedera biologis, implementasi yang dilakukan yaitu diambil melakukan pengkajian nyeri komperhensif, mendiskusikan bersama pasien faktor – faktor yang dapat menurunkan dan memperberat nyeri, mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri yaitu teknik relaksasi napas dalam dan distraksi, memberikan injeksi analgetik (ketorolac 30 mg), serta melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri.

Untuk diagnosa keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dilakukan implementasi tentukan status gizi pasien untuk dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi, menganjurkan pasien untuk duduk tegak saat makan, menganjurkan pasien untuk makan makanan yang hangat, menganjurkan pasien untuk makan makanan sedikit tapi sering.

Implementasi yang dilakukan untuk diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik adalah mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan, Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang akan dilakukan, Membantu pasien untuk memilih aktivitas yang akan dilakukan. Menganjurkan aktivitas fisik untuk meningkatkan ADL.

Semua implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat berdasarkan Nanda, Noc, dan Nic.

3.2.5 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap dalam asuhan keperawatan dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan pada Tn. J.M sesuai dengan implementasi yang dilakukan pada intervensi yang sudah dibuat. Berikut ini dipaparkan evaluasi hasil dari tindakan yang dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 27 – 29 Mei 2019.

Evaluasi yang dinilai dari implementasi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agens cedera biologis adalah dalam waktu perawatan 3x24 jam nyeri yang dialami oleh pasien sedikit berkurang yaitu dari 6 menjadi 4. Dalam hal ini pasien sudah mampu mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab nyeri, dan menggunakan tindakan pencegahan non farmakologi untuk mengontrol nyeri (napas dalam)

Berdasarkan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk menyelesaikan diagnosa kedua nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat didapatkan hasil bahwa pasien tidak dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan, mual, muntah. Dalam hal ini pasien belum mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Evaluasi hasil yang dinilai dari diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik didapatkan hasil bahwa pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, masih dibantu oleh keluarga. Dimana pasien masih mengeluh pusing saat beraktifitas, masih merasa tidak nyaman saat beraktifitas (makan, minum)

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

4.1.1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada pasien berinisial Tn. J.M berjenis kelamin laki – laki, Tn.J.M berusia 83 tahun, beragama Kristen Protestan, suku Rote, dan bertempat tinggal di Liliba. Tn.J.M Rujukan dari rumah sakit Kartini pada tanggal 19-05-2019 dengan diagnosa medik Ca Colon (kanker usus)

Pengkajian dilakukan tanggal 27 Mei 2019 pada istri dan Tn.J.M karena Tn.J.M mengalami gangguan pendengaran. Menurut hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. K di dapatkan bahwa kondisi Tn. J.M mengalami nyeri pada perut, nafsu makan menurun dan mual muntah. Ny. K juga menambahkan bahwa pasien di rujuk dari rumah sakit Kartini ke RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan alasan untuk mendapatkan tindakan lanjutan.

4.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakan pada Tn. J.M. adalah: nyeri kronis berhubungan dengan agens cedera biologis, Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pemasukan nutrisi yang tidak adekuat, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

4.1.3 Perencanaan Keperawatan

Dalam perencanaan melakukan tindakan keperawatan meliputi tujuan umum tujuan khusus.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan disesuaikan dengan perencanaan yang telah di buat. Pada kasus Tn. J.M. pelaksanaan dibuat untuk mengurangi nyeri pada pasien.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan pada Tn. W.R. adalah dapat melakukan tindakan non farmakologi seperti Teknik napas dalam

4.2 Saran

4.2.1. Bagi Institusi Dan Pelayanan Kesehatan

Bagi institusi dan pelayanan kesehatan RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang diharapkan dapat mempertahankan pelayanan yang baik yang sudah diberikan kepada pasien untuk mendukung kesehatan dan kesembuhan pasien dengan memberi pelayanan yang maksimal pada pasien kanker usus

4.2.2. Bagi Pasien Dan Keluarga

Diharapkan kerja sama dari keluarga untuk memberikan motivasi untuk kesembuhan Tn. J.M.

4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan menyediakan fasilitas berupa sumber buku – buku terbaru.

4.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya lebih aktif lagi dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan masalah kesehatan kanker usus.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner dan Suddarth. 2002. *Keperawatan Medikal-Bedah*, Edisi 8, Vol.2. Jakarta:

EGC

Doenges dkk. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*, Ed.3. Jakarta: EGC

Abdullah, Murdani. 2006. Tumor Kolorektal dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit

Dalam edisi IV jilid I. FKUI : Jakarta

Jurnal WHO 2008

Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M., Swanson, E. 2013. *Nursing Outcomes*

Classification (NOC). 5th Edition. Singapore

Elsevier. Terjemahan oleh Nurjannah, I., Tumanggor, R.D. 2016. *Nursing*

Outcomes Classification (NOC). Edisi kelima. CV. Mocomedia.

Prayuda hendi, Muhammad. *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Ca Colon*.

Lustupdate 13 november 2011

Schein, Philips. 1997. *Onkologi Seri Skema Diagnosis dan Penatalaksanaan*.

Binarupa Aksara : Jakarta.

Price & Wilson. 2012. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Prose Penyakit*.

Jakarta : EGC.

Rudy, David R & Zdon, Michael J. 2000. *American family physician Update on*

Colorectal Cance r

Lampiran 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Yustinus Edang Pajong
NIM : PO. 530320115103

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. J.M
Ruang/Kamar : ASOKA / E4
Diagnosa Medis : CA Colon
No. Medical Record : 102201
Tanggal Pengkajian : 27 – Mei – 2019 Jam
Masuk Rumah Sakit : 18 – 05 – 2019 Jam

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. J.M Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir : 83 Tahun/28-08-1935 Status Perkawinan : Kawin
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : ROTE
Pendidikan Terakhir : SR Pekerjaan : pensiunan
Alamat : LILIBA

Identitas Penanggung

Nama : Ny. K Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin : perempuan Hubungan dengan klien : istri

Alamat : Lilia

RiwayatKesehatan

1. Keluhan Utama

- Kapan : pasien mengeluh nyeri pada bagian perut, (terasa sangat nyeri saat beraktivitas) badan lemas, mual muntah, nafsu makan menurun
- Lokasi : nyeri pada abdomen

2. Riwayat KeluhanUtama

- Mulai timbulnya keluhan : Saat kaji klien mengatakan perutnya terasa nyeri saat beraktivitas (duduk, balik badan).
- Sifat keluhan : pasien mengatakan nyeri terasa seperti teriris – iris
- Lokasi : pada abdomen
- Keluhan lain yang menyertai : mual muntah dan tidak nafsu makan
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan :
- Apakah keluhan bertambah / berkurang pada saat – saat tertentu (saat – saat mana)
Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat pasien berbaring, dan tidak terlalu banyak bergerak

3. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan :

4. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita : hipertensi
- Riwayat Alergi : tidak ada
- Riwayat Operasi : tidak pernah

5. Kebiasaan

- Merokok : tidak : pasien mengatakan ia tidak merokok
- Minum alkohol : Tidak : pasien tidak meminum alkohol
- Minum kopi : Tidak : pasien tidak minum kopi
- Minum obat-obatan : Obat hipertensi :

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 100/70 mmHg
- Nadi : 82 x/ m
- Pernapasan : 22x/m
- Suhu :36,7°C

2. Kepala dan leher

- Kepala : simetris
- Sakit kepala : tidak

- Bentuk, ukuran dan posisi:
 - normal abnormal,
- Lesi : ada, tidak ada
- Masa : ada, tidak ada
- Observasi Wajah : simetris asimetris,
- Penglihatan
 - Konjungtiva : anemis
 - Sklera : ikterik
 - Pakai kacamata : tidak
 - Penglihatan kabur : tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak pernah
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya
 - Nyeri : tidak
 - Peradangan : tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya tidak
 - Riwayat Polip : Ya, tidak
 - Sinusitis : Ya, tidak
 - Epistaksis : Ya, tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : kotor
 - Caries : Ya, tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, tidak
 - Gangguan bicara : Ya, tidak
 - Gangguan menelan : Ya, tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, tidak
- Inspeksi :
- Kesadaran/ GCS : composmentis = E 4, V= 5, M- 6 = 15
- Bentuk dada : abnormal, normal

- Bibir : sianosis **normal**
- Kuku : sianosis **normal**
- Capillary Refill : Abnormal **normal**
- Tangan : Edema **normal**
- Kaki : Edema normal
- Sendi : Edema **normal**
- Ictuscordis
- /Apikal Pulse : **Teraba** tidakteraba
- Vena jugularis : Teraba **tidak teraba**
- Perkusi pembesaran jantung : Normal
- Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**
- BJ II : Abnormal **normal**
- Murmur : tidak ada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :
- Jejas : Ya, **tidak**
- Bentuk Dada : Abnormal, **Normal**
- Jenis Pernapasan : Abnormal, **normal**
- Irama Napas : **teratur** tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan : Ya **tidak**
- Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, **tidak**
- Perkusi : Cairan : Ya **tidak**
- Udara : Ya **tidak**
- Massa : Ya **tidak**
- Auskultasi :
- Inspirasi : **Normal** Abnormal
- Ekspirasi : **Normal** Abnormal
- Ronchi : Ya **tidak**
 - Wheezing : Ya **tidak**
 - Krepitasi : Ya **tidak**
 - Rales : Ya **tidak**
- Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : klien mengatakan nyeri pada abdomen
- P : nyeri pada bagian abdomen
- Q : nyeri terasa seperti teriris – iris

R : nyeri terasa pada bagian abdomen

S : skala nyeri 5 (nyeri sedang)

T : nyeri dirasakan terus menerus, dengan durasi yang lama.

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, **Normal**
- Keadaan bibir : lembab **kering**
- Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : pucat
- Luka/ perdarahan : Ya **tidak**
- Tanda-tanda radang : Ya, **tidak**
- Keadaan gusi : Abnormal, **normal**
- Keadaan abdomen
Warna kulit : cokelat
- Luka : Ya, **tidak**
- Pembesaran : **Abnormal, karena Ca Colon**
- Keadaan rektal
Luka : Ya, **tidak**
- Perdarahan : Ya, **tidak**
- Hemmoroid : Ya, **tidak**
- Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, **tidak**

c. Auskultasi :

Bising usus / Peristaltik :

- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, **normal**
Udara : Abnormal, (kembung) **normal**
Massa : Abnormal, **normal**

e. Palpasi:

- Tonus otot : Abnormal, **normal**
Nyeri : Abnormal, **normal**
Massa : Abnormal **normal**

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan :
- b. Tingkat kesadaran : composmentis, GCS (E/M/V): E : 4 M : 5 V : 6
- c. Pupil : Isokor anisokor
- d. Kejang : Abnormal, **normal**
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, **tidak**
- f. Parestesia : Ya, **tidak**
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, **normal**
- h. Cranial Nerves : Abnormal, **normal**

i. Reflexes : Abnormal, **normal**

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan : tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri (makan, minum, ke toilet, mandi dan berpakaian)

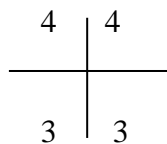
b. Kelainan Ekstremitas : ada, **tidak ada**

c. Nyeri otot : ada **tidak**

d. Nyeri Sendi : ada **tidak ada**

e. Refleks sendi : abnormal, **normal**

f. Kekuatan otot : Atropi hiperthropi **normal**



8. Sistem Integument

a. Rash : ada, **tidak ada**

b. Lesi : **ada**, tidak ada

c. Turgor : baik Warna : coklat

d. Kelembaban : Abnormal, **normal**

e. Petechie : ada, **Tidak ada**

f. Lain : tidak ada

9. Sistem Perkemihan

a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi

gross hematuri disuria poliuri

oliguri anuri

b. Alat bantu (kateter, dll) iya **tidak**

c. Kandung kencing : membesar iya **tidak**

nyeri tekan iya **tidak**

d. Produksi urine : pasien menggunakan pempres

e. Intake cairan : oral :300cc/hr parenteral :1500cc

f. Bentuk alat kelamin : **Normal** Tidak normal,

g. Uretra : **Normal** Hipospadia/Epispadia

Lain-lain: tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
 - b. Pembesaran Kelenjar : tidak ada
11. Sistem Reproduksi
- a. Keluhan : tidak ada
 - b. Wanita : Siklus menstruasi : -
 - Keadaan payudara : Abnormal, normal
 - Riwayat Persalinan :
 - Abortus:
 - Pengeluaran per vagina : Abnormal, normal
 - Lain-lain :
 - c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
 - d. Lain-lain : tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari – hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : tidak teratur
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : nafsu makan menurun
- Makanan pantangan : daging
- Makanan yang disukai : ikan
- Banyaknya minuman dalam sehari : 300cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- Sebelum sakit BB : 72 kg TB : 160cm
- Penurunan BB: 68kg, dalam waktu: 2 bulan

2. Perubahan selama sakit : Nafsu makan menurun.

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3 – 4x

Bau :

b. Perubahan selama sakit : pasien menggunakan pempres

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : saat kaji 1-2 x sehari

Warna :

Konsistensi : cair

b. Perubahan selama sakit : BAB dibantu keluarga

c. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : pasien mengatakan jarang berolah raga
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak

C. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam :
Bangun jam :
- Tidur siang jam : jarang tidur saing
Bangun jam :
- Apakah mudah terbangun : sering terbangun
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting / terdekat : istri dan anak
2. Organisasi sosial yang diikuti :
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
Status rumah : milik sendiri
Cukup/ tidak : cukup
Bising/ tidak : tidak
Banjir / tidak :
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai / terdekat : Ya (istri dan anak)
5. Bagaimana Anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya (melayani di gereja)
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : ketua stasi kupang timur

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap ia cepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang ke rumah.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya :
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			18-05-2019	19 – 05 – 2019			
1	Hemoglobin	13,0-18,0 g/dl	11,1				
2	Jumlah eritrosit	4,50-6,20 $10^6/\mu\text{l}$	4,15				
3	Hematokrit	40,0-54,0 %	29,8				
4	MCV	81,0-96,0 fL	71,8				
5	MCH	27,0 – 36,0 pg	26,7				
6	MCHC	31,0 – 37,0 g/l	37,2				
7	Juml. Lekosit	4.0 – 10.0 $10^3/\mu\text{l}$	11,36				
8	Nitrofit	50 – 70 %	72,1				
9	Limfosit	20 – 40 %	14,8				
10	Monosit	2 – 8 %	10,9				
11	Jumlah Neutrofil	1.50 – 7.00 $\cdot 10^3/\mu\text{l}$	8,19				
12	Jumlah Monosit	0.00-0.70 $\cdot 10^3/\mu\text{l}$	1,24				
13	Natrium darah	132 – 147 mmol/L	125				
14	APTT	26,4 – 37,6 detik		38,3			

15	Bilirubin total	< 1,3 mg/dL		10.70			
16	Bilirubin derek	< 0,2		10, 70			
17	Bilirubin inderek	0,00 – 0,70		5,20			

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- a. Foto gigi dan mulut : tidak ada
- b. Foto esofagus, lambung, dan usus halus : tidak ada
- c. Cholescystogram : tidak ada
- d. Foto colon : ada

2. Pemeriksaan – pemeriksaan khusus

- Ultrasonografi : ada
- Biopsy :
- Colonoscopy : ada
- DII : tidak ada

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak ada
- Obat – obatan
 1. Ketorolac 30 mg
- Lain-lain : tidak ada

Asuhan keperawatan

A. Analisa data

NO	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif : - Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut - Pasien mengatakan skala nyeri 5 - P : Nyeri terasa saat pasien beraktivitas maupun istirahat	Agen injuri Biologis (proses penyakit)	Nyeri Kronis

	<ul style="list-style-type: none"> - Q : Nyeri terasa seperti teriris - iris - R : Nyeri hanya terasa di bagian perut saja. - S : Skala nyeri 5 (1 – 10) - T : nyeri terus menerus <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 5 (1 – 10) - Kesadaran CM - Pasien tampak meringis - Hanya berbaring diatas tempat tidur 		
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan, hanya dapat makan 3-4 sendok makan saja - Pasien mengatakan mual muntah setiap kali makan. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membran mukosa bibir tampak pucat dan kering - Penurunan berat badan dari 70 menjadi 68 kg dalam waktu 2 minggu - Hanya makan 3-4 sendok makan - Mual muntah setiap kali makan 	asupan nutrisi yang tidak adekuat	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3	<p>Data Subjektif : pasien mengatakan pusing, badan lemas, tidak dapat melakukan aktivitas secara sendiri, makan minum dibantu oleh keluarga</p> <p>Data Objektif : pasien tampak lemas, hanya berbaring diatas tempat tidur, ADL di bantu keluarga</p>	Kelemahan fisik	Intoleransi aktivitas
---	---	-----------------	-----------------------

B. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan Agen injuri Biologis (proses penyakit)
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan nutrisi yang tidak adekuat
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

C. Intervensi

NO	Diagnosa	NOC	NIC
1.	<p>Nyeri Kronis (001330) Domain 12 : Kenyamanan Kelas 1 : Kenyamanan Fisik)</p>	<p>Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan kontrol nyeri dengan indikator : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mengenal kapan nyeri terjadi (160502) 	<p>(1400) Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif 2. Diskusikan bersama pasien faktor – faktor yang dapat menurunkan dan memperberat nyeri, 3. kaji tipe dan sumber

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menggambarkan faktor penyebab (160501) ➤ Menggunakan tindakan pencegahan (160503) ➤ Menggunakan teknik mengontrol nyeri non farmakologi (160504) ➤ Menggunakan analgetik yang direkomendasikan 	<p>nyeri,</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan prinsip – prinsip manajemen nyeri yaitu teknik relaksasi napas dalam dan distraksi serta melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri, 5. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri (ketorolac (30 mg))
--	--	---	---

	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002)</p> <p>Domain 2 : Nutrisi Kelas 1 : Makan</p>	<p>Kriteria hasil:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Pasien mampu untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan tingkat kelelahan dengan indikator : <ol style="list-style-type: none"> a. Asupan gizi dari skala 2 banyak menyimpang dari rentang normal ditingkatkan ke skala 	<p>(1100) Manajemen nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. tentukan apa yang menjadi makanan kesukaan pasien 3. tentukan jumlah makanan dan kalori untuk
--	---	--	---

		<p>4 sedikit menyimpang dari rentang normal</p> <p>b. Asupan makanan dari skala 2 banyak menyimpang dari rentang normal ditingkatkan ke skala 4 sedikit menyimpang dari rentang normal</p> <p>c. Energi dari skala 2 banyak menyimpang dari rentang normal ditingkatkan ke skala 4 sedikit menyimpang dari rentang normal</p>	<p>memenuhi kebutuhan gizi</p> <p>4. onitor kalori dan asupan makanan</p> <p>5. enganjurkan pasien untuk duduk tegak atau posisi yang nyaman saat makan</p> <p>6. enganjurkan pasien untuk makan makanan yang hangat</p> <p>7. emotivasi pasien untuk makan makanan yang sedikit tapi sering</p>
--	--	---	--

3.	Intoleransi aktivitas (00092) Domain 2 : aktivitas /istirahat Kelas 4 : respon kardiovaskuler /pulmonal	Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, 3x24 jam, di harapkan pasien mampu : toleransi terhadap aktivitas <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak pusing saat beraktivitas 2. merasa nyaman untuk beraktivitas 	(0180) Manajemen energy <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 3. mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 4. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang akan dilakukan 5. Membantu pasien untuk memilih aktifitas yang akan dilakukan 6. Menganjurkan aktifitas fisik untuk meningkatkan ADL
----	--	--	--

D. Implementasi dan Evaluasi

NO	Hari / tgl	Jam	DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	Senin, 27 Mei 2019	08.00	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 2. Diskusikan bersama pasien faktor – faktor yang dapat menurunkan dan memperberat nyeri, 3. kaji tipe dan sumber nyeri, 4. Ajarkan prinsip – prinsip menejemen nyeri yaitu 	S : pasien mengatakan sudah paham dengan teknik relaksasi napas dalam. Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut, terutama	

		08.10 08.00 11.10		<p>teknik relaksasi napas dalam dan distraksi serta melibatkan keluarga dalam modalitas penurunan nyeri,</p> <p>5. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri (ketorolac (30 mg)</p> <p>6. mengobservasi TTV</p>	<p>saat beraktivitas (balik badan)</p> <p>O : pasien bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam, pasien tempat lemas, kesadaran CM, perut membesar, wajah tampak meringis, skala nyeri 5, sesekali pasien memegang daerah perut.</p> <p>TTV : TD : 100/70 mmHg N : 82X/m S : 36,7 RR : 22x/m</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
	Senin 27 Mei 2019	09.00 09.30	II	<p>1. Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi</p> <p>2. Menentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien</p> <p>3. Menentukan jumlah makanan dan kalori untuk memenuhi kebutuhan gizi</p>	<p>S : pasien mengatakan tidak ada nafsu makan, mual muntah</p> <p>O : pasien tampak lemas, hanya berbaring diatas tempat tidur, hanya</p>	

		12.00		4. monitor kalori dan asupan makanan	menghabiskan 3-4 sendok makan saja, saat makan pasien tampak mual A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
	Selasa 28 Mei 2019	08.00 08.15 09.00 11.10	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melayani injeksi untuk mengurangi nyeri (ketorolac 30 mg) 2. melakukan pengkajian nyeri PQRST 3. mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 4. Mengajarkan tentang teknik (napas dalam) 5. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 6. Obsevasi TTV 	S : pasien mengatakan masih terasa nyeri pada perut O : pasien tampak lemas, kesadaran CM, wajah tampak meringis, skala nyeri 4. TTV : 110/70 mmHg N : 69x/m S : 36,7 A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
	Selasa 28 Mei 2019	09.00	II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk duduk tegak atau posisi yang nyaman saat makan 2. Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang hangat 	S : keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau makan, masih	

		09.15		<ol style="list-style-type: none"> 3. Memotivasi pasien untuk makan makanan yang sedikit tapi sering 4. Membantu keluarga memberi makan pasien 	<p>mual muntah</p> <p>O : pasien tampak lemas, masih mual muntah, kesadaran CM, pasien hanya makan pisang setengah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
Selasa 28 Mei 2019	09.15	09.20	III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2. mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 3. mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 4. Menentukan jenis dan banyaknya aktifitas yang akan dilakukan 5. Membantu pasien untuk memilih aktifitas yang akan dilakukan 6. Menganjurkan aktifitas fisik untuk meningkatkan ADL 	<p>S : pasien mengatakan badan terasa lemas, sulit untuk duduk karena nyeri, dan pusing</p> <p>O : pasien tampak lemas, kesadaran CM, pasien hanya berbaring diatas tempat tidur, aktivitas (makan, minum) dibantu oleh keluarga.</p> <p>TTV TD : 100/70 mmHg N : 82X/m</p> <p>S : 36,7 RR : 22x/m</p> <p>A : masalah</p>	
		09.30				

					belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
Rabu 29 Mei 2019	08.10 08.15 09.00 11.00	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melayani injeksi untuk mengurangi nyeri (ketorolac 30 mg) 2. Melakukan pengkajian nyeri 3. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 4. Mengajarkan teknik relaksasi (napas dalam) 5. Mengobservasi TTV 	S : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, skala nyeri 4 O : pasien tampak lemas, meringis kesakitan, skala nyeri 5, TTV TD : 110/70 S : 36,7 N : 79 A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi		
Rabu 29 Mei 2019		II	<ol style="list-style-type: none"> 1. M tentukan jumlah makanan dan kalori untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. M emonitor kalori dan asupan makanan 3. Membantu memberi makan pasien 4. mengobservasi TTV 	S : keluarga pasien mengatakan pagi ini pasien hanya makan 5 sendok saja, masih muat muntah O : pasien tampak lemas, kesadaran CM, tidak dapat menghabiskan porsi makan yang		

					diberikan, pasien masih merasa mual, TTV : TD : 110/70 S : 36,7 N : 79 A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	--	---	--

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN DOSEN

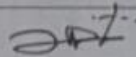
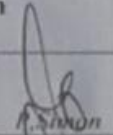
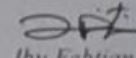
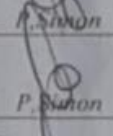
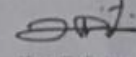
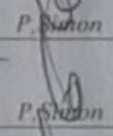
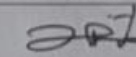
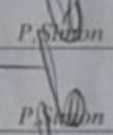
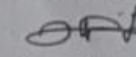
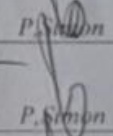
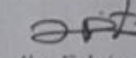
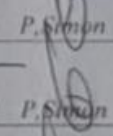
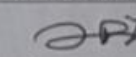
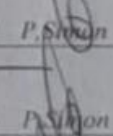
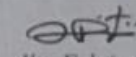
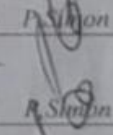
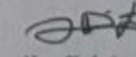
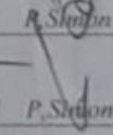
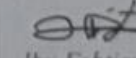
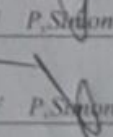
Nama mahasiswa : JUSTINUS E PAJONO

Nim : 80-520320115103

Jurusan : D III Keperawatan

Pembimbing : Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep, Ns, MSN

Judul KTI : AGUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DEMYAN KANKER
USUS.

Imbingan ke	Hari / tgl	Materi bimbingan	Tanda Tangan
1	25-05-2019	Konsul Judul Kasus	 /  Ibu Febtian / P. Simon
2	27-05-2019	Konsul BAB 1	 /  Ibu Febtian / P. Simon
3	28-05-2019	Konsul BAB 2	 /  Ibu Febtian / P. Simon
4	30-05-2019	Konsul BAB 3	 /  Ibu Febtian / P. Simon
5	31-05-2019	Konsul perbaikan BAB 1-3	 /  Ibu Febtian / P. Simon
6	03-06-2019	Konsul KTI BAB 1-4	 /  Ibu Febtian / P. Simon
7	04-06-2019	Konsul KTI BAB 1-4	 /  Ibu Febtian / P. Simon
8	06-06-2019	Konsul jadwal ujian	 /  Ibu Febtian / P. Simon
9	07-06-2019	Konsul Perbaikan	 /  Ibu Febtian / P. Simon
10	09-06-2019	ACC KTI, siap cetak jilid	 /  Ibu Febtian / P. Simon

