

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.G.S DENGAN KANKER RECTAL DI
RUANGAN ASOKA RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**



NAMA : YOHANES DOLIJON

NIM : PO.530320115101

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.G.S DENGAN KANKER RECTAL DI
RUANGAN ASOKA RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



NAMA : YOHANES DOLIJON

NIM : PO.530320115101

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

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

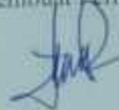
Nama : Yohanes Dolijon
NIM : PO.530320115101
Program Studi : Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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 aku 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, 05 Juli 2018

Pembuat Pernyataan



Nama : Yohanes Dolijon

NIM : PO.530320115101

Mengetahui

Pembimbing



Febtian C. Nugroho, S. Kep, Ns, MSN

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh YOHANES DOLIJON NIM PO.530320115101 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. G.S DENGAN KANKER RECTAL DI RUANGAN ASOKA RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



Febtian C. Nugroho, S. Kep, Ns, MSN

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Yohanes Dolijon NIM PO. 530320115101 dengan judul "Asuhan Keperawatan KMB Pada TN. G. S. Dengan Kanker Rectal Di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 5 Juli 2018

Dewan Penguji

Tanda Tangan

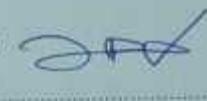
Penguji I Simon S. Kleden, S.Kep.Ns,M.Kep
NIP. 197409061997031002

1



Penguji II Febtian C. Nugroho, S.Kep.Ns,MSN

2



Mengesahkan

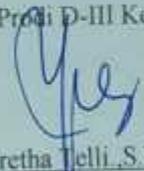
Ketua Jurusan Keperawatan



M. Margaretha U. W., SKp., MHSc
NIP. 195602171986032001

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Jelli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH
NIP. 197707272000032002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KANKER RECTAL DI RUANGAN ASOKA RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep,Ns,MSN selaku pembimbing dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi, serta melengkapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dan juga tidak lupa terima kasih kepada Bapak Simon Sani Kleden, S.Kep.,Ns,M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis juga mengucapkan limpah terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ragu Harning Kristina SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Drs. Jefrin Sambaran selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Priode 2014-2018 yang masa jabatannya telah di gantikan.
3. Ibu M. Margaretha U. W. Skp,MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang.
4. Simon Sani Kleden, S.Kep,Ns,M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Dosen keperawatan Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.
6. Ayahanda Martinus Odut (Alm) dan Ibunda Susana Alus yang telah merawat, membesarkan, menjaga, dan membimbing, serta doa tulus yang tiada henti-hentinya mengiringi penulis.

7. Kakak Eduardus Karel yang memberi semangat serta doa yang tulus dan memenuhi segala kebutuhan penulis selama ini. Semoga Tuhan berkenan membalasanya.
8. Teman-teman Ian Kurniawan, Kristo Sarino, Jefri Endo, Patris Juang, Fendi Liu, Naldi Suparjo, Alvian Setiawan yang telah memberikan dukungan kepada penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Semua pihak yang dengan caranya masing-masing telah membantu dan mendukung penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh sebab itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, 5 Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

***YOHANES DOLIJON : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. G.S
DENGAN KANKER RECTAL DI RUANGAN ASOKA RSUD PROF. DR.W.Z
JOHANNES KUPANG***

DI BIMBING OLEH

Febtian C. Nugroho, S.kep,Ns,MSN

Kanker recti merupakan salah satu dari keganasan pada kolon dan rectum yang khusus menyerang bagian recti yang terjadi akibat timbulnya di mukosa/epitel dimana lama kelamaan timbul nekrose dan ulkus.

Tujuan penelitian ini untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien kanker rectal meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode yang digunakan metode wawancara dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang yang dilaksanakan selama 4 hari, waktu dimulai sejak tanggal 25 Juni 2018 sampai dengan 28 Juni 2018. Subjek penelitian pasien kanker rectal ini adalah Tn.G.S, dengan teknik wawancara, Observasi dan pemeriksaan fisik pada sistem tubuh, serta studi dokumentasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam didapatkan pasien bersihan jalan nafas tidak efektif, ketidakseimbangan nutrisi, defisit volume cairan, kerusakan integritas kulit, belum teratasi, defisit perawatan diri, kulit tampak bersih.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Kanker Rectal

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2.Tujuan Studi Kasus.....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	2
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Teori.....	4
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan.....	8
2.2.1.Pengkajian.....	8
2.2.2.Diagnosa.....	9
2.2.3.Intervensi.....	10
2.2.4 Implementasi.....	12

2.2.5 Evaluasi.....	12
---------------------	----

BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus.....	13
3.1.1 Pengkajian.....	14
3.1.2 Diagnosa.....	15
3.1.3 Interveni.....	17
3.1.4 Implementasi.....	21
3.1.5 Evaluasi.....	24
3.2 Pembahasan.....	27
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	34

BAB IV PENUTUP

4.1.Kesimpulan.....	35
4.2.Saran.....	36

DAFTAR PUSTAKA.....	37
---------------------	----

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel perencanaan keperawatan kanker rectal.....	10
Tabel diagnosa asuhan keperawatan pada Tn.G.S.....	15
Tabel perencanaan asuhan keperawatan pada Tn.G.S.....	17
Tabel implementasi asuhan keperawatan pada Tn.G.S.....	21
Tabel evaluasi asuhan keperawatan pada Tn.G.S.....	24

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Format pengkajian
Lampiran II	Asuhan keperawatan
Lampiran III	Lembar konsultasi bimbingan studi kasus

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kanker adalah suatu keganasan yang terjadi karena adanya sel dalam tubuh yang berkembang secara tidak terkendali sehingga menyebabkan kerusakan bentuk dan fungsi dari organ sel tersebut untuk tumbuh. Empat belas juta kasus baru kanker ditemukan pada tahun 2012 di dunia dan ditemukan 8,2 juta kematian akibat kanker dan 32,6 juta pasien kanker di seluruh dunia. Jenis kanker yang banyak menyerang pria dan wanita adalah kanker prostat dan kanker payudara, kanker paru dan kanker kolorektal (Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI 2015).

Kanker rectal adalah kanker ketiga yang banyak terjadi di dunia dengan presentasi 9,8% dari jumlah seluruh penderita kanker di seluruh dunia. Berdasarkan jenis kelamin penderitanya di seluruh dunia kanker kolorektal menempati posisi ketiga yang umum terjadi pada pria (746.000 kasus atau sebesar 10%) dan posisi kedua pada wanita (614.000 kasus atau 9,2%). Prevalensi Kanker Rectal yang makin meningkat di seluruh dunia menjadikannya masalah kesehatan global yang serius. Pada tahun 2012, diperkirakan ditemukan 1,3 juta kasus baru dan sebanyak 694.000 kasus meninggal dunia (Brunner & Suddarth; Edisi 8).

Di Indonesia, kanker rectal adalah kanker yang sering terjadi baik pada pria dan wanita dengan presentase sebesar 11,5% dari jumlah seluruh pasien kanker. Data kesehatan pada tahun 1996-2000 menunjukkan bahwa puncak insidensi kanker kolorektal di Jakarta terjadi pada usia 40-49 tahun dan 50-69 tahun. Jumlah kasus dengan umur sekitar 45 tahun sekitar 47,85% kasus ditemukan di Jakarta. Data lain ditemukan di kota Semarang, insidensi kanker kolorektal meningkat pada usia 50-60 tahun dengan besar kasus sebesar 35% (Riskesdas 2015).

Penyebab nyata dari kanker rectal tidak diketahui, tetapi faktor risiko telah teridentifikasi, termasuk riwayat kanker kolon atau polip dalam keluarga, riwayat penyakit usus inflamasi kronis, dan diet tinggi lemak, protein, dan daging, serta rendah serat (Brunner & Suddarth; Edisi 8).

Permasalahan terkait dengan kanker rectal perlu mendapat perhatian khusus dan penanganan yang komprehensif dan efektif. Salah satu bentuk penanganan yang dapat diberikan adalah memberi asuhan keperawatan. Perawat perlu memberikan pelayanan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang di mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Dengan adanya asuhan keperawatan, diharapkan pasien yang dirawat dengan kanker rectal mencapai status kesehatan yang optimal.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.1.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn.G dengan Kanker Rectal di Ruang Asoka Rumah Sakit Umum Prof.W.Z.Yohanes Kupang.

1.1.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Kanker Rectal.
- b. Mampu merumuskan diagnosa dan memprioritaskan masalah pada pasien dengan Kanker Rectal.
- c. Mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan pada pasien dengan Kanker Rectal.
- d. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan Kanker Rectal.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Akademik

Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Kanker Rectal.

2. Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan bahan masukan bagi perawat di Rumah Sakit dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya pada pasien dengan Kanker Rectal.

3. Bagi Pembaca

Sebagai salah satu sumber literature dalam pengembangan bidang profesi keperawatan khususnya tentang Kanker Rectal.

4. Bagi Penulis

Untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan pengalaman serta menambah ketrampilan atau kemampuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker rectal.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian

Karsinoma Recti (Kanker Recti) adalah tumbuhnya sel kanker yang ganas didalam permukaan usus besar atau rectum (Dyayadi,MT,2009).

Karsinoma recti merupakan salah satu dari keganasan pada kolon dan rectum yang khusus menyerang bagian recti yang terjadi akibat timbulnya di mukosa/epitel dimana lama kelamaan timbul nekrose dan ulkus (Taufan Nugroho,2011).

Kanker Recti adalah pertumbuhan sel abnormal atau keganasan atau maligna pada daerah rectum (Muhammad Shodikin,2011).

Kanker Recti adalah keganasan jaringan epitel pada daerah rectum (Brunner &Suddarth,2005).

2.1.2 Etiologi

Penyebab Karsinoma Recti masih belum diketahui pasti,namun telah dikenali beberapa faktor predisposisi.Faktor predisposisi lain mungkin berkaitan dengan kebiasaan makan.Hal ini karena Karsinoma Recti terjadi serkitar sepuluh kali lebih banyak pada penduduk wilayah barat yang mengkonsumsi lebih banyak makanan mengandung karbohidrat murni dan rendah serat,dibandingkan produk primitif (Misalnya,di Afrika) yang mengkonsumsi makanan tinggi serat (Lorraine M.Wilson,2006).

Menurut Brunner & Suddarth, penyebab Karsinoma Recti adalah :

1. Polip di usus (colorectal polyps)

Polip adalah pertumbuhan pada dinding dalam kolon atau rectum,dan sering terjadi pada orang berusia 50 tahun keatas.sebagian besar polips bersifat jinak (bukan kanker),tapi beberapa polip (adenoma) dapat menjadi kanker.

2. Colitis ulcerativa atau penyakit crohn

Orang dengan kondisi yang menyebabkan peradangan pada kolon (misalnya Colitis ulcerativa atau penyakit crohn) selama bertahun-tahun memiliki resiko yang lebih besar.

3. Riwayat kanker pribadi

Orang sudah pernah terkena kanker kolorectal dapat terkena kanker kolorectal untuk kedua kalinya. selain itu, wanita dengan riwayat kanker diindung telur, uterus (endometrium) atau payudara mempunyai tingkay resiko yang lebih tinggi untuk terkena kanker kolorektal.

4. Riwayat kanker kolorektal pada keluarga

Jika anda mempunyai riwayat kanker kolorektal pada keluarga, maka kemungkinan anda terkena penyakit ini lebih besar, khususnya jika saudara anda terkena kanker pada usia muda.

5. Faktor gaya hidup

Orang yang merokok, atau menjalani pola makan yang tinggi lemak dan sedikit buah-buahan dan sayuran memiliki tingkat resiko yang lebih besar terkena kanker kolorektal pada mereka yang berusia lebih tua. lebih dari 90% orang yang menderita penyakit ini didiagnosis setelah usia 50 tahun keatas.

2.1.3 Patofisiologi

Karisinoma Recti terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus). Dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar kebagian tubuh yang lain (paling sering ke hati).

2.1.4 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. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan, dan keletihan.

Gejala yang sering dihubungkan dengan lesi sebelah kanan adalah nyeri dangkal abdomen dan melena (feses berwarna hitam). Gejala yang sering dihubungkan dengan lesi sebelah kiri adalah yang berhubungan dengan obstruksi (nyeri abdomen dan kram, penipisan feses, konstipasi dan distensi) serta adanya darah merah segar dalam feses. Gejala yang dihubungkan dengan lesi rektal adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defekasi, konstipasi dan diare bergantian, serta feses berdarah.

2.1.5 Klasifikasi

Dokter membagi kanker colorectal berdasarkan stadium berikut:

1. Stadium 0 : kanker ditemukan hanya pada lapisan terdalam di kolon atau rektum. Carcinoma in situ adalah nama lain untuk kanker colorectal stadium 0.
2. Stadium I : Tumor telah tumbuh kedinding dalam kolon atau rektum. Tumor belum tumbuh menembus dinding.
3. Stadium II : Tumor telah berkembang lebih dalam atau menembus dinding kolon atau rektum. Kanker ini mungkin telah menyerang jaringan disekitarnya, tapi sel-sel kanker belum menyebar ke kelenjar getah bening.
4. Stadium III: Kanker telah menyebar ke kelenjar pada mereka yang berusia tua. Lebih dari 90% orang yang menderita penyakit ini didiagnosis setelah usia 50 tahun ke atas.
5. Stadium IV : kanker telah menyebar ke bagian tubuh yang lain, misalnya hati atau paru-paru.
6. Kambuh : Kanker ini merupakan kanker yang sudah diobati tapi kambuh kembali setelah periode tertentu, karena kanker itu tidak terdeteksi. Penyakit ini dapat kambuh kembali dalam kolon atau rektum, atau dibagian tubuh yang lain.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

1. Endoskopi

Endoskopi merupakan prosedur dignostik utama dan dapat dilakukan dengan sigmoidoskopi (>35% tumor terletak di rektosigmoid) atau dengan kolonoskopi total.

2. Enema barium dengan kontras ganda

Pemeriksaan enema barium yang dipilih adalah dengan kontras ganda karena memberikan keuntungan seperti tingkat kberhasilanya sangat tinggi.

3. CT colonography (pneumocolon CT)

Keunggulan CT colonography adalah:memiliki sensifitas tinggi di dalam mendiagnosis KKR dan dapat memberikan informasi keadaan diluar kolon, termasuk untuk menentukan stadium melalui penilaian invasi lokal, metastasis hepar, dan kelenjar getah bening.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Berdasarkan klasifikasi Doenges Dkk.(2000) riwayat keperawatan yang perlu dikaji adalah :

1. Aktifitas/istirahat

Gejala :

- a. Kelemahan,kelelahan/keletihan.
- b. Perubahan pola istirahat/tidur malam hari,adanya faktor-faktor yang mempeengaruhi tidur misalnya,nyeri,ansietas dan berkeringat malam hari.
- c. Pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen lingkungan,tingkat stres tinggi.

2. Sirkulasi

Gejala : Palpitasi, nyeri dada pada aktifitas.

Tanda :Dapat terjadi perubahan denyut nadi dan tekanan darah.

3. Integritas ego

Gejala :

- a. Faktor stres (keuangan, pekerjaan, perubahan peran) dan cara mengatasi stres (merokok, minum alkoho, menunda pengobatan, keyakinan religius/spiritual).
- b. Masalah terhadap perubahan penampilan (alopesia, lesi cacat, pembedahan).
- c. Menyangkal diagnosis,perasaan tidak berdaya,putus asa,tidak mampu, tidak bermakna, rasa bersalah, kehilangan kontrol, depresi.

Tanda : Menyangkal, menarik diri, marah.

4. Eliminasi

Gejala :

Perubahan pola defekasi, darah pada feses, nyeri pada defekasi.

Tanda:

- a. Perubahan bising khusus, distensi abdomen.
- b. Teraba masa pada abdomen kuadran kanan bawah

5. Makanan/Cairan

Gejala:

- a. Riwayat kebiasaan diet buruk (rendah serat, tinggi lemak, pemakai zat aditif, dan bahan pengawet).
 - b. Anoreksia, mual, muntah.
 - c. Intoleransi makanan
- Tanda :Penurunan berat badan, berkurangnya masa otot.
6. Nyeri/ketidaknyamanan
- Gejala :Gejala nyeri berariasu dari tidak ada ringan sampai berat tergantung proses penyakit.
7. Keamanan
- Gejala :
- Komplikasi pembedahan dan efek sitostika.
- Tanda :
- Demam, lekopenia, trombositopenia, anemia.
8. Interaksi sosial
- Gejala :
- a. Lemahnya sistem pendukung (keluarga, kerabat dan lingkungan).
 - b. Masalah perubahan peran sosial yang berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
9. Penyuluhan/pembelajaran
- a. Riwayat kanker dalam keluarga
 - b. Masalah metastase penyakit dan gejala-gejalanya
 - c. Masalah pemenuhan kebutuhan/aktifitas sehari-hari

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan Kurang paparan sumber informasi
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri
3. Deficit perawatan diri berhubungan dengan nyeri
4. Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, insisi post pembedahan
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit

2.2.3 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1.	Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan Kurang paparan sumber informasi	Pengetahuan tentang penyakit, setelah diberikan penjelasan selama 2 x 24 jam pasien mengerti proses penyakitnya dan Program perawatan serta Therapi yg diberikan dengan Indikator: Pasien mampu : Menjelaskan kembali tentang proses penyakit, mengenal kebutuhan perawatan dan pengobatan tanpa rasa cemas.	Pengetahuan penyakit <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang penyakit Ca rekti 2. Jelaskan tentang program pengobatan dan tindakan operasi yang akan dilakukan 3. Jelaskan tindakan untuk mencegah komplikasi 4. Tanyakan kembali pengetahuan ps tentang penyakit, prosedur prwtn dan pengobatan
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri	Kontrol nyeri, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri pasien berkurang dengan Indikator: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan skala nyeri untuk mengidentifikasi tingkat nyeri 2. Pasien menyatakan nyeri berkurang 3. pasien mampu istirahat/tidur 4. Menggunakan tehnik non farmakologi 	Manajemement nyeri <p>Aktifitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian terhadap nyeri, lokasi, karakteristik dan faktor-faktor yang dapat menambah nyeri 2. Amati isyarat non verbal tentang kegelisaan 3. Fasilitasi lingkungan nyaman 4. Berikan obat anti sakit 5. Bantu pasien menemukan posisi nyaman 6. Berikan massage di punggung 7. Tekan dada saat latihan batuk
3.	Deficit perawatan diri berhubungan dengan nyeri	Perawatan diri : (mandi, berpakaian), setelah diberi motivasi perawatan selama 2x24 jam, ps mampu melakukan mandi dan berpakaian sendiri dengan: <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tubuh bebas dari bau dan menjaga keutuhan kulit 2. Menjelaskan cara mandi dan berpakaian secara aman ADLsberpakaian <p>Aktifitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan pada pasien dalam memilih pakaian selama perawatan 2. Sediakan pakaian di 	Membantu perawatan diri pasien <p>Aktifitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan alat-alat mandi disamping TT ps 2. Libatkan keluarga dan pasien 3. Berikan bantuan selama ps masih mampu mengerjakan sendiri

		<p>tempat yg mudah dijangkau</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bantu berpakaian yg sesuai 4. Jaga privcy pasien 5. Berikan pakaian pribadi yg digemari dan sesuai 	
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, insisi post pembedahan	<p>Kontrol infeksi dan kontrol resiko, setelah diberikan perawatan selama 3x24 jam tidak terjadi infeksi sekunder dengan:</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bebas dari tanda-tanda infeksi 2. Angka leukosit normal 3. Pasien mengatakan tahu tentang tanda-tanda infeksi 	<p>Perawatan luka</p> <p>Aktifitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Amati luka dari tanda2 infeksi 2. Lakukan perawatan payudara dengan tehnik aseptik dan gunakan kassa steril untuk merawat dan menutup luka 3. Anjurkan pada ps utnuk melaporkan dan mengenali tanda-tanda infeksi 4. Kelola th/ sesuai program
5.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit	<p>Tidur, istirahat, sehat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien dapat terpenuhi kebutuhan tidurnya dengan Indikataor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur cukup 2. Pola tidur normal 3. Kualitas tidur cukup 4. Tidak sering terbangun 5. Merasa segar setelah bangun tidur 6. Bangun pada waktu yang direncanakan 7. TTV dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan tidur <ul style="list-style-type: none"> - Kaji aktifitas pola tidur klien - Jelaskan tentang pentingnya tidur yang cukup selama sakit, terapi. - Monitor pola tidur dan catat keadaan fisik, psikososial yang mengganggu tidur - Tambah jam tidur bila perlu - Diskusikan pada klien dan keluarga tentang tehnik peningkatan pola tidur. 2. manajemen lingkungan <ul style="list-style-type: none"> - batasi pengunjung - jaga lingkungan dari bising - tidak melakukan tindakan keperawatan pada saat klien tidur

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dibuat sesuai dengan tindakan yang diberikan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses dimana kita melihat tujuan tercapai atau tidak.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pemenuhan Kebutuhan Dasar Oksigenasi di Ruang Asoka kamar A RSUD Prof.DR.W.Z.Johanes Kupang.Pasien yang dirawat bernama Tn.G.S,umur 60 tahun,pekerjaan pensiunan,masuk rumah sakit tanggal 11 Juni 2018 jam 05.00 Wita.Sumber informasi yang diperoleh melalui wawancara dengan keluarga pasien,observasi,pemeriksaan fisik dan catatan medik.

3.1.1 Pengkajian

Pengumpulan data

Keluhan utama Klien mengatakan diantar ke rumah sakit karena merasa lemah seluruh badan dan tidak ada keinginan untuk makan dan BAB berwarna hitam serta sakit di area anus. Riwayat keluhan utama keluarga pasien mengatakan pasien datang dengan keluhan lemas seluruh badan sejak dua hari sebelum masuk Rumah Sakit serta tidak ada nafsu makan dan BAB dengan konstensi cair. Kemudian pada tanggal 11 Juni 2018 keluarga mengantarkan pasien ke Rumah Sakit DR.WZ.Johanes Kupang dan sekarang di rawat di Ruang Rawat Inap Asoka Kamar A.

Riwayat Penyakit Keluarga, keluarga pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik hasil yang didapatkan yaitu: kesadaran semi coma dengan GCS : (E/M/V) 2/1/1. Pasien tampak sakit berat. Pasien nampak lemah, konjungtiva anemis, membran mukosa pucat dan konjungtiva nampak anemis, tonus otot jelek, kulit kering terdapat luka dibagian punggung belakang pasien. Pasien juga nampak kotor, kuku kaki dan kuku tangan nampak kotor dan panjang. Tanda-tanda vital: TD: 130/80 mmHg, pernapasan: 28x/menit, Nadi: 90x/menit dan suhu tubuh : 37⁰C. Dada : inspeksi, simetris, tidak ada kelainan bentuk dada, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : saat bernapas teraba simetris, tidak ada massa, pernapasan cepat dan dalam.

Abdomen: inspeksi: warna kulit putih, ada luka dibagian punggung pasien. Auskultasi: Suara bising usus 20x/menit. Perkusi: Suara timpani dan ada acites. Palpasi: tidak ada pembesaran hepar dan tidak ada distensi abdomen.

Ekstremitas: Terpasang infus di tangan kanan, dan ada edema pada tangan kiri.

Integumen: Ada ulkus decubitus di bagian punggung pantat, serta turgor kulit tidak elastis. Genitalia: terpasang pempers dan kateter atau penampung uri

Data Laboratorium dan Diagnostik

- HB	8,7 gr%
- MCV	23.5 L
- MCH	24.4 H
- RDW-SD	64.5 H
- Jumlah lekosit	13.45
- Glukosa sewaktu	285 H
- Jumlah neutrofil	10.94 H
- Jumlah monosit	1.13 H
- Jumlah trombosit	425 H
- MPV	8.9 L
- PCT	0.38 H

Penatalaksanaan Pengobatan

- Ranitidin	2x1
- Omeperazol	2x1
- Kalnex	3x1
- Lefofloxcai	1x750 mg
- Paracetamol infus	3x1

Untuk menemukan masalah yang terjadi pada klien maka perlu dilakukan analisa data yang telah diperoleh diperoleh melalui pengkajian (wawancara, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang) yang dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018. Dari data-data itu dapat dirumuskan masalah keperawatan yaitu :

3.1.2 Diagnosa keperawatan

a. Analisa data

No	Data-data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Do :</p> <p>Ds :Pasien nampak menggunakan alat bantu pernapasan (oxigen masker 6 liter per menit),terdengar bunyi weezing saat pasien bernapas.</p> <p>Hasil pengukuran TTV, TD :130/80 mmhg, RR: 28x/menit, suhu: 37,°c, nadi: 90x/menit.</p>	Penumpukan sekret di jalan nafas	Bersihan jalan napas tidak efektif
2.	<p>Do : Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa makan melalui oral karena saat ini pasien dalam kondisi tidak sadar,pasien hanya bisa makan yang di berikan melalui selang NGT.</p> <p>Ds : Pasien nampak lemah,konjungtifa anemis,membran mukosa dan konjungtifa nampak pucat,tonus otot jelek,saat ini pasien terpasang alat bantu makan (NGT), HB 8,7 gr%</p>	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3.	<p>Ds :</p> <p>Do :Pasien nampak lemah,kulit nampak kering,membran mukosa nampak kering dean turgor kulit jelek.</p> <p>Hasil pengukuran TTV, TD:130/80 mmhg, RR: 28x/menit, suhu: 37,0c, nadi: 90x/menit.</p>	Kehilangan mekanisme regulasi	Defisit volume cairan
4.	<p>Do :Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah bangun dari tempat tidur,dan pasien hanya berbaring diatas tempat tidur setiap harinya,dengan posisi terlentang terus.</p> <p>Ds :Pasien nampak lemah dan hanya terbaring diatas tempat tidur,terdapat luka di bagian punggung pasien (grade 1).</p>	Tirah baring lama	Kerusakan integritas kulit

5.	<p>Do :Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien belum pernah mandi.</p> <p>Ds :Pasien nampak lemah dan hanya terbaring diatas tempat tidur,kuku pasien nampak panjang dan kotor,mulut nampak kotor.pasien tidak mampu untuk mandi,makan serta berpakyan secara mandiri.</p>	Kelemahan fisik	Defisit perawatan diri
----	---	-----------------	------------------------

b. Diagnosa keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan sekret di jalan nafas
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan
3. Defisit volume cairan berhubungan dengan Kehilangan mekanisme regulasi
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik

3.1.3 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan sekret di jalan napas	<ul style="list-style-type: none"> - Respiratory status :Ventilation - Respiratory status: Airway patency - Aspiration control. Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 3. Mendemonstrasi kan batuk efektif dan suara napas yang bersih,tidak da sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan seputum,mampu bernafas dengan mudah) 4. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik,irama dan frekuensi pernapasan dalam rentang normal,tidak ada suara napas yang abnormal). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning 2. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning 3. Minta klien napas dalam sebelum dilakukan 4. Monitor status oksigen pasien 5. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 7. Auskultasi suara nafas catat adanya suara tambahan
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan	<ul style="list-style-type: none"> - Nutritional status :food and fluid intake Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrition management <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung

			<p>tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 7. Monitor adanya penurunan berat badan 8. Catat adanya edema,hiperemik,hipertonik,papilia lidah .
3.	Defisit volume cairan berhubungan dengan Kehilangan mekanisme regulasi	<ul style="list-style-type: none"> - Fluid balance - Nutrition status :food and fluid intake <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB,BJ normal. b. Tekanan darah,nadi,suhu tubuh dalam batas normal c. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi,turgor kulit baik,membran mukosa lembab,tidak ada rasa haus yang berlebihan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluid management <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang popok atau pembalut jika diperlukan. 2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. 3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa,nadi adekuat,tekanan darah ortostatik). 4. Monitor vital sign. 5. Berikan diuretik sesuai instruksi. 6. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output.
4.	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama	<ul style="list-style-type: none"> - Tissue integrity :Skin and mucous membranes <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi,elastisitas,temperatura,hidrasi,pigmentasi) b. Tidak ada luka/lesi pada kulit c. Perfusi jaringan baik d. Mampu melindungi kulit dan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pressure management <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakayan yang longgar 2. Hindari kerutan pada tempat tidur 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien)

		mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami	<p>setiap 2 jam sekali</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan 6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 7. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien 8. Monitor status nutrisi pasien
5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik	<p>- Self care :activity of daily living (ADLs) Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terbebas dari bau badan 2. Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs 3. Dapat melakukan ADLs dengan bantuan 	<p>- Self care assistane :ADLs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yng mandiri 2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri,berpakyan, toyleting dan makan. 3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self care 4. Dorong klien untuk melakukan aktifats sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki 5. Dorong untik melakukan secara mandiri,tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya 6. Ajarkan klien/keluarga untuk mendorong kemandirian,un

			tuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk mrlakukanya
--	--	--	--

3.1.4 Implementasi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal/jam	Tindakan
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret di jalan nafas	<p>Senin, 25 Juni 2018 (08.00) (08.20) (08.40)</p> <p>Selasa, 26 Juni 2018 (08.00) (08.20)</p> <p>Rabu, 27 Juni 2018 (08.00) (08.20)</p> <p>Kamis, 28 Juni 2018 (08.00) (10.00)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan Informasi kepada klien dan keluarga tentang suctioning - Memonitor status oksigen pasien - Mendengar suara nafas dan mencatat adanya suara tambahan - Mengobservasi kebutuhan oksigen pasien (oxsigen masker 6 liter per menit) - Mengauskultasi bunyi nafas pasien - Mengatur posisi pasien (posisi semi fowler) - Mengobservasi kebutuhan oksigen pasien (oxsigen masker 6 liter per menit) - Mengauskultasi bunyi nafas pasien - Mengatur posisi pasien (posisi semi fowler) - Menghitung RR pasien - Mendengar bunyi napas pasien - Mengatur posisi pasien (posisi semi fowler)
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan	<p>Senin, 25 Juni 2018 (09.00) (10.30)</p> <p>Selasa, 26 Juni 2018 (08.20) (10.30)</p> <p>Rabu, 27 Juni 2018 (10.00)</p> <p>Kamis, 28 Juni 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji adanya edema, hiperemik, hipertonic, papilia lidah - Melayani pemberian susu per NGT 300cc - Menghitung tetesan infus - Melayani injeksi Iv - Melayani pemberian minum per NGT 250 cc - Merawat selang NGT - Mengobservasi tanda-tanda vital - Melayani pemberian minum (susu) per NGT 250 cc - Melayani pemberian minum

		(10.30)	(susu) per NGT 250 cc
3.	Defisit volume cairan berhubungan dengan Kehilangan mekanisme regulasi	<p>Senin,25 Juni 2018 (10.30)</p> <p>Selasa,26 Juni 2018 (08.30)</p> <p>Rabu,27 Juni 2018 (09.50) (10.00)</p> <p>Kamis,28 Juni 2018 (08.00) (10.00)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melayani pemberian minum peroral (susu 250 cc) - Mengobservasi masukan dan haluaran cairan - Mengobservasi keadaan umum pasien - Mengobservasi jumlah dan warna urin - Mengobserfasi TTV - Mengobservasi jumlah dan warna urin - Melayani pemberian minum per NGT - Mengobserfasi TTV - Mengobservasi jumlah dan warna urin pasien - Melayani pemberian minum per NGT
4.	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring lama	<p>Senin,25 Juni 2018 (11.00) (11.20) (10.00)</p> <p>Selasa,26 Juni 2018 (09.20)</p> <p>Rabu,27 Juni 2018 (08.00)</p> <p>Kamis,28 Juni 2018 (08.00) (08.30)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menghindari kerutan pada tempat tidur - Menjaga agar kulit tetap dalam keadan kering - Mengganti posisi tidur pasien (ubah posisi pasien) setiap 2 jam sekali - Memonitir kulit akan adanya kemerahan - Merubah posisi pasien - Merapikan tempat tidur pasien - Merawat luka decubitus pasien - Merubah posisi pasien - Merawat luka decubitus - Merawat luka decubitus pasien - Merubah posisi tidur pasien - Mengobservasi TTV

5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik	Senin, 25 Juni 2018 (07.00) Selasa, 26 Juni 2018 (07.00)	<ul style="list-style-type: none">- Memandikan pasien- Menggunting kuku pasien- Membersihkan mulut pasien- Merapikan tempat tidur pasien <ul style="list-style-type: none">- Memandikan pasien- Membersihkan mulut pasien- Mengukur TTV
----	---	---	---

3.1.5 Evaluasi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal/jam	Evaluasi
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret di jalan nafas	<p>Senin,25 Juni 2018 (12.00)</p> <p>Selasa,26 Juni 2018 (12.00)</p> <p>Rabu,27 Juni 2018 (12.00)</p> <p>Kamis,20 Juni 2018 (12.00)</p>	<p>S :Keluarga mengatakan mengerti tentang tujuan dan manfaat tindakan suction. O :Ku:lemah (tampak sakit berat),kesadaran menurun (coma) keluarga menerima penjelasan tentang suction,terdengar bunyi nafas weezing, A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi</p> <p>S : O :Keadaan umum lemah.tingkat kesadaran coma. A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi</p> <p>S : O :Terdengar bunyi weezing,rr 28x/menit A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi</p> <p>S : O :Pasien masih terlihat sesak,terdengar bunyi weezing dan rr 28x/menit A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi</p>
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan	<p>Senin,25 Juni 2018 (12.30)</p> <p>Selasa,26 Juni 2018 (12.00)</p> <p>Rabu,27 Juni 2018 (12.00)</p>	<p>S :Keluarga pasien mengatakan saat ini pasien hanya bisa makan dan minum melalui selang NGT O :Ku:lemah,makan minum per NGT A :masalah belum teratasi P :lanjutkan intervensi</p> <p>S : O :Pasien masih belum bisa makan per oral,hanya bisa makan dan minum melalui selang NGT. A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi</p> <p>S : O :Pasien nampak lemah,mukosa bibir kering,kulit kering A :Masalh belum teratasi P :Lanjutkan intervensi</p>

		Kamis,28 Juni 2018 (12.00)	S : O : Pasien masih belum bisa makan per oral,hanya bisa makan dan minum melalui selang NGT. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
3.	Defisit volume cairan berhubungan dengan Kehilangan mekanisme regulasi	Senin,25 Juni 2018 (13.00)	S :- O : Keadaan umum lemah,jumlah urin output 200 cc,warna kuning pekat.jumlah cairan input,susu 250 cc,infus 500 cc/24 jam,dan jumlah cairan output,urin 300 cc/24 jam A : Masalah belum tertasi P : Lanjutkan intervensi
		Selasa,26 Juni 2018 (12.00)	S : O :Pasien nampak pucat,membran mukosa kering,kulit keringturgor kulit jelek A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi
		Rabu,27 Juni 2018 (12.00)	S : O : Pasien nampak pucat,membran mukosa kering,kulit keringturgor kulit jelek A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi
		Kamis,28 Juni 2018 (12.00)	S :- O :Keadaan umum lemah,jumlah urin output 200 cc,warna kuning pekat. A :Masalah belum tertasi P :Lanjutkan intervensi
4.	Kerusakan integritas kuli berhubungan dengan tirah baring lama	Senin,25 Juni 2018 (13.20)	S : O :Terdapat luka pada punggung pasien A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan itervensi
		Selasa,26 Juni 2018 (14.00)	S : O :Nampak luka pada bagian punggung pasien A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi

		Rabu,27 Juni 2018 (12.00)	S : O :Nampak luka pada bagian punggung pasien A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi
		Kamis,28 Juni 2018 (12.00)	S : O :Terdapat luka pada punggung pasien A :Masalah belum teratasi P :Lanjutkan itervensi
5.	Defisit perawawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik	Senin,25 Juni 2018 (13.40)	S : O :Pasien nampak bersih,kuku kaki dan kuku tangan pasien nampak bersih,mulut pasien nampak bersih. A :Masalah teratasi P :Pertahankan intervensi
		Selasa,26 Juni 2018 (13.40)	S : O : Pasien nampak bersih,kuku kaki dan kuku tangan pasien nampak bersih,mulut pasien nampak bersih. A :Masalah teratasi P :Intervensi dihentikan

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Menurut Potter & Perry(2001) dalam penelitian pada tahun 2005 diagnosa keperawatan yang muncul harus berdasarkan keluhan klien, dan ditambahkannya dalam penelitian bila pasien dalam proses penyembuhan cenderung masalah yang akan timbul tidak begitu kompleks seperti yang diharapkan.

3.2.1 Pengkajian pada pada pasien dengan kanker rectal berdasarkan diagnosa yang ditemukan pada pasien:

- a. Pengkajian Bersihan jalan napas tidak efektif pada pasien dengan kanker rectal.

Pengkajian yang dapat dari bersihan jalan napas tidak efektif berdasarkan Nanda 2015-2017 batasan karakteristik untuk diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif yaitu: dispnea/penurunan suara nafas, orthopneu, cyanosis, kelainan suara nafas (rales,wheezing), kesulitan berbicara, batuk tidak efektif/tidak ada, mata melebar, produksi sputum, gelisah, perubahan frekuensi dan irama nafas.

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 25 Juni 2018 pada Tn.G.S didapatkan hasil pengkajian sebagai berikut: pasien kesulitan bernafas kerana ada penumpukan sekret di jalan nafas dan terpasang O2 masker 6 liter/menit,terdengar suara nafas weezing.

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena tanda dan gejala yang terdapat pada teori tidak sama dengan tanda dan gejala kasus pada Tn.G.S, dimana pada pasien tidak terdapat tanda syanosis.

- b. Pengkajian Ketidakseimbangan nutrisi pada pasien dengan kanker rectal

Pengkajian yang dapat dari Ketidakseimbangan nutrisi berdasarkan Nanda 2015-2017 yaitu: batasan karakteristik berat badan 20% atau lebih dibawa ideal,dilaporkan adanya intake makanan yang kurang dari RDA (Recomended Daily Allowance), membran mukosa daan konjungtifa pucat,kelemahan otot yang digunakan untuk menelan dan mengunyah, luka/inflamasi pada rongga mulut, mudah merasa kenyang sesaat setelah makan, persaan adanya ketidakmampuan untuk mengunyah makanan, kehilangan BB, tonus otot jelek.

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena tanda dan gejala dalam teori tidak sama dengan tanda dan gejala pada kasus Tn.G.S.

c. Pengkajian Defisit volume cairan pada pasien dengan kanker rectal

Pengkajian yang dapat dari Defisit volume cairan berdasarkan Nanda 2015-2017 yaitu: batasan karakteristik: kelemahan, haus, penurunan turgor kulit, membran mukosa/kulit kering, peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, pengisian vena menurun, konsentrasi urine meningkat, temperatur tubuh meningkat, kehilangan berat badan seketika.

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada pengkajian Defisit volume cairan berdasarkan teori mampu diterapkan pada praktek nyata dan dinilai efektif dalam hasil yang diperoleh.

d. Pengkajian Kerusakan integritas kulit pada pasien kanker rectal.

Pengkajian yang dapat Kerusakan integritas kulit berdasarkan Nanda 2015-2017 yaitu: batasan karakteristik: terdapat luka pada kulit, kerusakan lapisan kulit, kerusakan permukaan kulit, invasi struktur tubuh.

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada pengkajian Kerusakan integritas kulit berdasarkan teori mampu diterapkan pada praktek nyata dan dinilai efektif dalam hasil yang diperoleh.

e. Pengkajian Defisit perawatan diri pada pasien kanker rectal.

Pengkajian yang dapat Kerusakan integritas kulit berdasarkan Nanda 2015-2017 yaitu: batasan karakteristik: ketidakmampuan untuk mandi, ketidakmampuan untuk berpakaian, ketidakmampuan untuk makan, ketidakmampuan untuk toileting.

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada pengkajian Defisit perawatan diri berdasarkan teori mampu diterapkan pada praktek nyata dan dinilai efektif dalam hasil yang diperoleh.

3.2.2 Diagnosa

Menurut Brunner & Suddarth;Edisi 8 diagnosa pada kasus kanker rectal antara lain: 1) Konstipasi berhubungan dengan lesi obstruksi. 2) Nyeri berhubungan dengan anemia dan anoreksia. 3) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan anoreksia.4) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah dan dehidrasi. 5) ansietas berhubungan dengan rencana pembedhan dan diagnosis kanker.

Hasil pengumpulan yang dilakukan oleh peneliti kepada Tn.G.S pada tanggal 25 Juni 2018 di Ruang Asoka Rumah Sakit Umum Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang ditemukan 5 diagnosa keperawatan pada kasus kanker rectal yaitu: 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan sekret di jalan nafas. 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan. 3) Defisit volume cairan berhubungan dengan Kehilangan mekanisme regulasi. 4) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Penurunan imunitas. 5) Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik. Sedangkan berdasarkan diagnosa yang muncul pada konsep teori adalah: 1) Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan Kurang paparan sumber informasi. 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri. 3) Deficit perawatan diri berhubungan dengan nyeri.4) Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, insisi post pembedahan. 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit.

Hal ini pada kasus Tn.G.S terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata dikarenakan diagnosa keperawatan pada teori tidak semuanya ditemukan pada kasus Tn.G.S. Menurut Potter & Perry (2001) dalam penelitian pada tahun 2005 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus kanker rectal harus berdasarkan keluhan klien, dan ditambahkannya dalam penelitian ini bila pasien dalam proses penyembuhan cenderung masalah yang akan timbul tidak begitu kompleks seperti yang diharapkan.

3.2.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada Tn.G.S maka intervensi yang dapat diterapkan menurut Nanda 2015-2017 intervensi adalah:

Diagnosa pertama: 1) Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning.2) Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning.3) Minta klien napas dalam sebelum dilakukan.4) Monitor status oksigen pasien.5) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.6) Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.7) Auskultasi suara nafas catat adanya suara tambahan.

Pada kasus kanker rectal pada Tn.G.S tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori NIC-NOC 2015 dengan intervensi yang di aplikasikan di pasien kanker rectal,karena intervensi pada teori NIC-NOC direncanakan atau ditetapkan pada asuhan keperawatan pada pasien kanker rectal.

Diagnosa kedua: 1) Kaji adanya alergi makanan.3) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan.5) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C.6) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.7) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.8) Monitor adanya penurunan berat badan
Catat adanya edema,hiperemik,hipertonik,papilia lidah.

Pada kasus kanker rectal pada Tn.G.S tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori NIC-NOC 2015 dengan intervensi yang di aplikasikan di pasien kanker rectal,karena intervensi pada teori NIC-NOC direncanakan atau ditetapkan pada asuhan keperawatan pada pasien kanker rectal.

Diagnosa ketiga: 1) Timbang popok atau pembalut jika diperlukan.2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.3) Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa,nadi adekuat,tekanan darah ortostatik).4) Monitor vital sign.5) Berikan diuretik sesuai instruksi.6) Berikan penggantian nesogatrik sesuai output.

Pada kasus kanker rectal pada Tn.G.S tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori NIC-NOC 2015 dengan intervensi yang di aplikasikan di pasien

kanker rectal, karena intervensi pada teori NIC-NOC direncanakan atau ditetapkan pada asuhan keperawatan pada pasien kanker rectal.

Diagnosa keempat: 1) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakayan yang longgar. 2) Hindari kerutan pada tempat tidur. 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 4) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap 2 jam sekali. 5) Monitor kulit akan adanya kemerahan. 6) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan. 7) Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien. 8) Monitor status nutrisi pasien.

Pada kasus kanker rectal pada Tn.G.S tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori NIC-NOC 2015 dengan intervensi yang di aplikasikan di pasien kanker rectal, karena intervensi pada teori NIC-NOC direncanakan atau ditetapkan pada asuhan keperawatan pada pasien kanker rectal.

Diagnosa kelima: 1) Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2) Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakayan, toyleting dan makan. 3) Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self care. 4) Dorong klien untuk melakukan aktifitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 5) Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. 6) Ajarkan klien/keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.

Pada kasus kanker rectal pada Tn.G.S tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori NIC-NOC 2015 dengan intervensi yang di aplikasikan di pasien kanker rectal, karena intervensi pada teori NIC-NOC direncanakan atau ditetapkan pada asuhan keperawatan pada pasien kanker rectal.

3.2.4 Implementasi

Berdasarkan Nanda Nic-Noc 2015-2017 intervensi keperawatan harus diterapkan pada implementasi keperawatan berdasarkan teori Nic-Noc yang telah ditetapkan.

Pada kasus kanker rectal pada Tn.G.S implementasi yang ditetapkan adalah:

Diagnosa 1

1. Mengobservasi kebutuhan oral/tracheal suctioning
2. Memberikan Informasi kepada klien dan keluarga tentang suctioning

3. Memonitor status oksigen pasien
4. Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi
5. Mendengar suara nafas dan mencatat adanya suara tambahan
6. Menghitung RR pasien

Diagnosa 2

1. Mengkaji adanya alergi makanan
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan
4. Memonitor adanya penurunan berat badan
5. Mengkaji adanya edema,hiperemik,hipertonik,papilia lidah

Diagnosa 3

1. Monitor keadaan umum pasien
2. Melayani pemberian minum peroral (susu 250 cc)
3. Mengobservasi masukan dan haluaran cairan

Diagnosa 4

1. Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakayan yang longgar
2. Menghindari kerutan pada tempat tidur
3. Menjaga agar kulit tetap dalam keadaan kering
4. Mengganti posisi tidur pasien (ubah posisi pasien) setiap 2 jam sekali
5. Memonitir kulit akan adanya kemerahan
6. Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan

Diagnosa 5

1. Memandikan pasien
2. Menggunting kuku pasien
3. Membersihkan mulut pasien
4. Merapikan tempat tidur pasien

Dari hasil implementasi yang diperoleh dari kasus kanker rectal pada Tn.G.S pada hari senin, selasa, rabu, kamis, di Rumah Sakit Prof.W.Z.Johanes kupang

Ruangan Asoka Kupang ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien dengan kanker rectal, dimana pada tahap implementasi tidak semua intervensi pada teori Nic-Noc diterapkan pada pasien kanker rectal. Karena implementasi yang dibuat disesuaikan dengan keadaan umum pasien.

3.2.5 Evaluasi

Berdasarkan teori Nanda 2015-2017 evaluasi yang diharapkan pada masing-masing diagnosa adalah:

Diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan sekret di jalan nafas dengan kriteria hasil:

- a. Pasien mampu menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama dan frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas yang abnormal).

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan dengan kriteria hasil:

- a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
- b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- d. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- e. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

Diagnosa defisit volume cairan berhubungan dengan Kehilangan mekanisme regulasi dengan kriteria hasil:

- d. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ normal.
- e. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
- f. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Penurunan imunitas dengan kriteria hasil:

- e. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatu, hidrasi, pigmentasi).
- f. Tidak ada luka/lesi pada kulit

- g. Perfusi jaringan baik
- h. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami

Diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik dengan kriteria hasil:

- a. Klien terbebas dari bau badan
- b. Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs
- c. Dapat melakukan ADLs dengan bantuan

Berdasarkan teori terdapat diagnosa keperawatan yang dalam penerapan asuhan keperawatan pada Tn.G.S dengan kanker rectal tidak muncul pada kasus Tn.G.S dengan kanker rectal seperti: Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan Kurang paparan sumber informasi, Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri, Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif, insisi post pembedahan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

1. Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan studi kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

2. Hasil

Dari hasil yang di peroleh penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauhlah dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperolehpun kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan asuhan keperawatan.

BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

4.1.1 Pengkajian

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, karena pada tanda dan gejala berdasarkan teori tidak ditemukan pada tanda dan gejala pada kasus Tn.G.S sehingga pada pengkajian pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret di jalan nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan imunitas, sehingga pengkajian untuk Tn.G.S disesuaikan dengan tanda dan gejala yang ditemukan, dan dinilai efektif dalam hasil yang diperoleh.

4.1.2 Diagnosa

Dari hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti kepada Tn.G.S tanggal 25 Juni 2018 ditemukan 5 diagnosa keperawatan yaitu: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret di jalan nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kurang asupan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan imunitas, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

4.1.3 Intervensi

Dari hasil perencanaan tindakan yang dilakukan terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan karena dalam teori terdapat intervensi yang tidak dapat dilakukan pada pasien kanker rectal seperti pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif, dimana sesuai teori Nanda Nic Noc harus diajarkan tehnik batuk efektif tapi kenyataanya Tn.G.S dengan tingkat kesadaran semi coma tidak bisa diajarkan teknik nafas dalam.

4.1.4 Implementasi

Dari hasil yang di peroleh dari imlementasi yang dilakukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek karena terdapat tindakan pada perencanaan yang tidak efektif dilakukan pada Tn.G.S dengan kanker rectal.

4.1.5 Evaluasi

Dari tindakakan evaluasi yang di lakukan ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik nyata. Karena evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan rencana keperawatan tercapai atau tidak. pada tahap evaluasi tahap yang di lakukan adalah mengevaluasi selama proses berlangsung. Pada kasus Tn.G.S evaluasi dilakukan tiap kali melakukan implementasi kemudian setelah dilakukan 4 hari perawatan hasil yang ditemukian adalah adanya masalah yang belum teratasi.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Perawat Ruangan

1. Bagi perawat ruangan sebaiknya dalam melakukan tindakan untuk mengatasi diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan harus berdasarkan teori Nanda Nic Noc 2015-2017.
2. Disarankan untuk berpikir kritis dalam menentukan diagnosa, intervensi serta implementasi dan evaluasi keperawatan sehingga penerapan asuhan keperawatan dapat mengevaluasi tindakan dengan assesment berhasil.

4.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

1. Disarankan untuk menjalani pengobatan dengan teratur baik yang bersifat terapi maupun nonterapi sehingga mempercepat proses penyembuhan.
2. Keluarga harus mampu bekerja sama dengan perawat sehingga proses asuhan keperawatan diterima dan dapat memperbaiki kesehatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddarth. 2005 . Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta : EGC

Smeltzer, Suzanne C. 2001. Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta : EGC.

Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. 2015.

Nanda. 2013. Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnosa medis Nanda Nic dan Noc. Jilid 1. *Mediaction* Jakarta.

Taufan Nugroho. 2011. Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta : EGC.

Lorraine M. Wilson. 2006. Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta : EGC.

Mohamad Shodikin,2011. Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta : EGC.



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 : Yohanes Dolijon

Mahasiswa

NIM : PO. 530320115101

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn.G.S

Ruang/Kamar : Asoka/A

Diagnosa : Ca.Rectal

Medis

No. Medical : 491293

Record

Tanggal : 25 Juni 2018 Jam :08.00

Pengkajian

Masuk Rumah : 11 Juni 2018 Jam :05.00

Sakit

Identitas Pasien

Nama Pasien	: Tn. G.S	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir	: 24 April 1958	Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Khatolik	Suku Bangsa	: Timor
Pendidikan Terakhir	: SMA	Pekerjaan	: Pensiunan
Alamat	: Kefa		

Identitas Penanggung

Nama	: Ny. Y.T	Pekerjaan	: PNS
Jenis Kelamin	: Perempuan	Hubungan dengan klien	: Istri
Alamat	: Kefa		

Riwayat Kesehatan

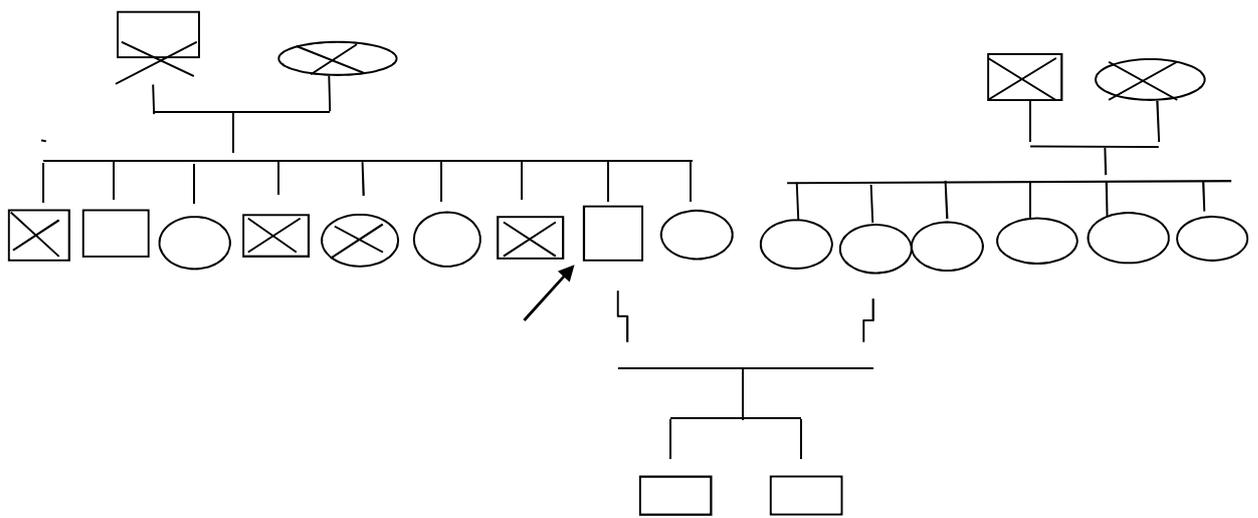
1. Keluhan Utama: Lemah seluruh badan dan tidak ada nafsu makan serta BAB cair dan berwarna hitam serta sakit pada area pantat.
 - Kapan : Sejak 2 hari sebelum masuk Rumah Sakit.
 - Lokasi : Seluruh badan dan pada area anus.
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : Sejak 2 hari selama dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit.
 - Sifat keluhan : Sakit pada area anus serta lemah seluruh badan.
 - Lokasi : Seluruh badan dan pada anus.
 - Keluhan lain yang menyertai : Tidak ada keluhan lain yang menyertai.
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Tidak ada faktor pencetus yang menimbulkan serangan pada pasien.
3. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : Dibawa dan dirawat di Rumah Sakit.
4. Riwayat Penyakit Sebelumnya : Sebelumnya pasien belum pernah mengalami penyakit yang sama.
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita : Sebelumnya pasien hanya menderita demam.
 - Riwayat Alergi : Tidak ada alergi terhadap obat dan makanan.
 - Riwayat Operasi : Pasien belum pernah dioperasi
5. Kebiasaan
 - Merokok
 - Ya
 - **Tidak**
 - Minum alkohol
 - Ya
 - **Tidak**
 - Minum kopi :
 - Ya
 - **Tidak**
 - Minum obat-obatan
 - **Ya** , Jenis Paracetamol Jumlah: 3x1 waktu Pagi, Siang, Malam

- o Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Genogram



Keterangan Gambar

-  Laki-Laki
-  perempuan
-  pasien
-  laki-laki meninggal
-  perempuan meninggal

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 130/80 mmHg
- Nadi : 90x/menit
- Pernapasan : 28x/menit
- Suhu badan : 37°c

2. Kepala dan leher

- Kepala : Normal
- Sakit kepala : Tidak ada keluhan sakit pada kepala.
- Pusing :
 - ya TM **tidak**
- Bentuk , ukuran dan posisi:
 - TM **normal** abnormal
- Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**
- Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**
- Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan

- Penglihatan :
- Konjungtiva: Anemis
- Sklera: Normal
- Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : TM **tidak**
- Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : TM **tidak**
- Nyeri : Tidak
- Peradangan : Tidak
- Operasi : Pasien tidak pernah mengoperasi mata.
- Pendengaran
- Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Peradangan : Ya, Jelaskan : TM **tidak**

- Hidung
 - Alergi Rhinitus : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : **tidak**

- Sinusitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**

- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Kotor
 - Caries : **Ya**, Jelaskan : tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Gangguan bicara : **Ya**, Jelaskan : tidak
 - Gangguan menelan : **Ya**, Jelaskan : tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : Semi coma
 - Bentuk dada : **abnormal** , Jelaskan : normal
 - Bibir : sianosis normal
 - Kuku : sianosis normal
 - Capillary Refill : Abnormal normal
 - Tangan : Edema normal
 - Kaki : Edema normal
 - Sendi : Edema normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: **Teraba** tidak teraba
- Vena jugularis : **Teraba** tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung :
- Auskultasi : BJ I: Abnormal **normal**
BJ II: Abnormal **normal**
- Murmur :

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Bentuk berdahak
- Inspeksi :
 - Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**

- Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**
- Jenis Pernapasan : **Abnormal**, (Dispnea, Kussmaul, weezing) tidak
- Irama Napas : teratur **tidak teratur**
- Retraksi otot pernapasan : **Ya** tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan : **Ya**, Jelaskan : Oksigen masker 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 : Tidak bisa makan dan minum per oral.

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : **Abnormal**, Jelaskan : Normal

- Keadaan bibir : lembab **kering**

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa :

Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**

Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan **tidak**

Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan **normal**

- Keadaan abdomen

Warna kulit : Pucat

Luka : **Ya**, Jelaskan luka bagian punggung tidak

Pembesaran : Abnormal, Jelaskan **normal**

- Keadaan rektal

Luka : **Ya**, Jelaskan tidak

Perdarahan : **Ya**, Jelaskan tidak

Hemmoroid : Ya, Jelaskan tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : **Ya**

, Jelaskan tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 12x/menit

d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan normal

Udara : **Abnormal**, Jelaskan: perut kembang normal

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Palpasi :

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan **normal**

Nyeri : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : Tidak ada keluhan

b. Tingkat kesadaran: semi coma GCS (E/M/V): G:1 M:2 V:1

c. Pupil : **Ioskor** anisokor

d. Kejang : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan tidak

f. Parasthesia : Ya, Jelaskan tidak

g. Koordinasi gerak : **Abnormal**, Jelaskan normal

h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan normal

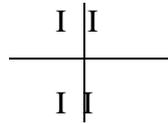
i. Reflexes : **Abnormal**, Jelaskan normal

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan : Tidak ada keluhan

b. Kelainan Ekstremitas : **ada**, Jelaskan sulit menggerakkan kaki dan tangan
tidak ada

- c. Nyeri otot : ada **tidak ada**
- d. Nyeri Sendi : ada **tidak ada**
- e. Refleksi sendi : **abnormal**, Jelaskan normal
- f. kekuatan otot : 2
- g. TM **Atropi** hipertropi normal



8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, Jelaskan **tidak ada**
- b. Lesi : ada, Jelaskan **tidak ada**
- c. Turgor : Jelek Warna : Putih
- d. Kelembaban : **Abnormal**, Jelaskan: Kering normal
- e. Petechie : ada, Jelaskan **Tidak ada**
- f. Lain lain: Tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : **kencing menetes** inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 olig anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) **ya** tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya **tidak**
nyeri tekan ya **tidak**
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : oral : 480 cc/hr parenteral : 500 u/hari
- f. Bentuk alat kelamin : **Normal** Tidak normal, butkan
- g. Uretra : **Normal** Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan **tidak ada**
- c. Lain – lain : Tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
- b. Wanita : Siklus menstruasi : -
 - Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan normal
 - Riwayat Persalinan-
 - Abortus-
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan normal
 - Lain-lain-
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada TM **tidak ada**
- d. Lain-lain : Tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :
 - Pola makan : 3x/hari (pagi siang malam)
 - Frekuensi makan : Pasien tidak makan peroral, tetapi hanya bisa makan dan minum per NGT
 - Nafsu makan : Baik
 - Makanan pantangan : tidak ada
 - Makanan yang disukai : tidak ada
 - Banyaknya minuman dalam sehari : 800 cc
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada
 - BB : 58 kg TB : 170 cm
 - ~~Kenaikan~~ Penurunan BB: 3 kg, dalam waktu: 14 hari
2. Perubahan selama sakit : Pasien tidak bisa berkomunikasi aktif dengan keluarga.

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3-4 kali Warna : kuning

6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Keluarga menyatakan pasien selalu bekerja tiap minggu
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : -
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : -
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : -

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan		
			Tanggal		
			11/06/18	-	-
1	MCV	81.0-96.0	73.4 L		
2	MCH	27.0-36.0	23.5 L		
3	RDW-CV	37-54	24.4 H		
4	RDW-SD	37-54	69.5 H		
5	Jumlah Lekosit	4.0-10.0	13.45		
6	Glukosa Sewakt	70-150	285 H		
7	Jumlah Neotrofil	1.50-7.00	10.94 H		
8	Jumlah Monosit	0.00-0.70	1.13 H		
9	Jumlah Trombosit	150-400	425 H		
10	MPV	9.0-13.0	8.9 L		
11	PCT	0.17-0.35	0.38 H		

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
	-	-	-					

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
	-	-	-					

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

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

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : -

Biopsy : -

Colonoscopy : -

Penatalaksanaan/pengobatan

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

- Pembedahan : -

- Obat

Ranitidin	2x1
Omeperazol	2x1
Kalnex	3x1
Leflofloksai	1x750 mg
Parasetamol infus	3x1

- Lain-lain : -