

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.Y DENGAN POST OPERASI  
LAPARATOMI DAN KOLOSTOMI ATAS INDIKASI CA COLON  
DIRUANGAN RAWAT INAP BENDAH LANTAI 2 AMBUN SURI  
RSUD Dr.ACHMAD MOCHTAR BUKITINGGI  
TAHUN 2018**



**OLEH :**

**AHMAD FANDI**

**NIM :1514401001**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.Y DENGAN POST OPERASI  
LAPARATOMI DAN KOLOSTOMI ATAS INDIKASI CA COLON  
DIRUANGAN RAWAT INAP BENDAH LANTAI II AMBUN SURI  
RSUD Dr.ACHMAD MOCHTAR BUKITINGGI  
TAHUN 2018**

**LAPORAN STUDI KASUS**

*Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan Program*

*Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



**OLEH :**

**AHMAD FANDI**

**NIM :1514401001**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TAHUN 2018**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi DIII Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah ,Juli 2018**

**AHMAD FANDI  
1514401001**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.Y DENGAN Ca Colon DI RUANGAN  
RAWAT INAP BEDAH ABUM SURI LANTAI II RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI 2018**

**BAB V+ Halaman 89 + Lampiran 3**

#### **Abstrak**

Ca colon di pada tahun 2017 di Bukittinggi tepatnya di RSUD Dr.Achmad Muchtar di lihat di data rekam medis sekitar 187 kasus ca colon.Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada ca colon. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Ny.Y yaitu klien mengatakan nyeri apabila bergerak dan jika ditekan abdomen di bekas insisi pembedahan laparotomi dan kolostomi, klien merasakan tidak nafsu makan, klien mengatakan berat badanya turun dari 68 kg menjadi 38 kg pada saat sakit, klien hanya tidur 4-5 jam di malam hari.Ca colon adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, penyebab ca colon belum tau pasti tapi ada beberapa resiko pendukung terjadinya ca colon tersebut yaitu : Genetik, Riwayat polip adenomatous, Obesitas, pola hidup atau kebiasaan memakan makanan cepat saji, merokok, dan minuman yang beralkohol. Dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Ny.Y dengan post laparotomi dan kolostomi pada ca colon dapat disimpulkan pengkajian klien ,nyeri yang dirasakan klien terasa pada perut kanan bawah, tidak nafsu makan, susah untuk tidur, berat badan menurun. Diagnosa yang dilakukan, nyeri akut, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, gangguan pola tidur, resiko pelambatan pemulihan pasca bedah. Intervensi yang dilakuakn pada klien berdasarkan pada prioritas masalah yang ditemukan. Implementasi yang dilakukan berdasarkan kebutuhan klien, tidak semua tindakan harus di implementasikan. Evaluasi yang dilakukan hampir semua mencapai perkembangan, meski belum optimal karena intervensi dan implementasi dihentikan karena klien pulang. Saran bagi penulis untuk memperkaya ilmu dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan, bagi institusi pendidikan sebagai masukan dalam proses belajar khususnya karya tulis ilmiah laporan studi kasus, bagi institusi rumah sakit sebagai bahan masukan untuk mengambil langkah-langkah dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan pada klien.

**Kata kunci : ca colon**  
**Daftar pustaka : ( 2002-2015)**

*High School Of Health Sciences  
DIII Study Program Of Nursing  
Script Writing, July 2018*

*AHMAD FANDI  
1514401001*

*Nursing CARE AT NY. R WITH POST LAPARATOMY ANDA COLOSTOMI WITH  
INDICATION OF CA COLON IN SURGICAL AMBULATORY SURGERY RSUD  
DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI/ 2018*

*V CHAPTER + page 89 + attachment 3*

***Abstract***

*Ca colon in the year 2017 in Bukittinggi precisely in Dr.Achmad Muchtar Hospital seen in medical record data about 187 cases ca colon.Tujuan writing this report is able to perform nursing care on ca colon. The results of the case report found data on Ny.Y ie the client said the pain when moving and if pressed abdomen in the former incision surgery laparatomy and colostomy, the client feel no appetite, the client said the weight decreased from 68 kg to 38 kg at the time of illness, sleep 4-5 hours at night.Ca Colon is a malignancy originating from the colon tissue, the cause of ca colon not know certain but there are some risks supporting the occurrence of ca colon are: Genetic, History of adenomatous polyps, Obesity, lifestyle or eating habits fast food, smoking, and alcoholic beverages. From the implementation of nursing care to clients Ny.Y with post laparatomy and colostomy in ca colon can be concluded the client assessment, the pain felt by the client felt in the lower right abdomen, no appetite, difficult to sleep, weight decreased. Diagnosis is performed, acute pain, nutritional imbalance is less than body needs, sleep patterns disorder, risk of postoperative surgical recovery. Interventions placed on the client are based on the priority of the problems found. Implementation is done based on client needs, not all actions must be implemented. Evaluations made almost all achieved progress, although not optimal because of intervention and implementation stopped because the client came home. Suggestion for writer to enrich science in doing action of nursing care, for educational institution as input in learning process specially scientific paper case study report, for hospital institution as input to take steps in effort to improve nursing service quality to client.*

***Keywords*** :colon ca  
***References*** : (2002-2015)



## LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Ahmad Fandi

NIM :1514401001

Judul KTI :Asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan diagnosa keperawatan Post Laparotomi dan Kolostomi Atas Indikasi Ca Colon Diruangan Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai II Dr .Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi , 20 Juli 2018

Pembimbing,



**Ns. Vera Sesrianty, M.Kep**  
**NIK 1420120078509053**

Mengetahui,

Ka Prodi DIII Keperatan

STIKes Perintis Padang



**Ns. Endra Amalia, M.Kep**  
**NIK 1420123106993012**

## LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Ahmad Fandi

NIM : 1514401001

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan diagnosa keperawatan Post laparatomi dan kolostomi atas indikasi Ca Colon Diruangan Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 Dr .Achmad Mochtar Bukittinggi.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan dihadapa Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 23 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji 1,



**Ns. Kalpana Kartika, M.Si**  
**NIK: 1440115108005038**

Penguji 2,



**Ns. Vera Sestianty, M.Kep**  
**NIK : 1440102110909052**



## KATA PENGANTAR



Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan Karya tulis Ilmiah dapat terselesaikan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas akhir Program DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang tahun 2018 dengan Judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.Y Dengan Post Laparotomi dan Kolostomi Atas Indikasi Ca Colon Di Ruang Bedah Lantai II Ambun Suri RSUD Dr.Achmad Muctar Bukittinggi Tahun 2018”.

Selama penulisan Laporan Studi kasus ini tentunya penulis mendapat banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah mendukung dan membimbing penulis demi terselesaikan penulisan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada;

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns.Endra Amalia, M.Kep selaku ketua program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Ns.Vera Sesrianty, M.Kep selaku pembimbing akademik yang telah banyak memberikan saran dan petunjuk yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

4. Ibu Reni Susanti, Skp,M.Kep,Ns.Sp.Kep.MB, sebagai pembimbing klinik yang telah banyak memberikan petunjuk ,arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.
5. Kepada seluruh Staf RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi yang ikut membantu dalam mendapatkan data memberikan asuhan keperawatan kepada klien kelolaan.
6. Bapak Ibuk Staf pengajar DIII Keperawatan Stikes Perintis padang yang telah banyak memberikan ilmu serta yang bermanfaat bagi penulis.
7. Teristimewa kepada Ayahanda dan Ibunda serta Kakak Adik, Dan seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan dan semangat Kepada penulis, baik moril maupun material do'a restu dan kasih sayang tulus dalam menggapai cita-cita.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Studi Kasus Ini masih sangat sederhana dan jauh dari sempurnaan ,karena keterbatasan kemampuan penulisan.Untuk itu dengan segala kerendahan hati dan tangan terbuka ,penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca. Harapan penulis semoga Laporan Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, baik bagi penulis sendiri, maupun bagi pembaca di kemudian hari.

## DAFTAR ISI

### KATA PENGANTAR

### DAFTAR ISI

### BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Penulis .....	2
1.2.1 Tujuan Umum .....	2
1.2.2 Tujuan Khusus .....	2
1.3 Manfaat Penulis .....	3
1.3.1 Rumah Sakit .....	3
1.3.2 Institusi Pendidikan .....	3
1.3.3 Klien dan keluarga.....	3
1.3.4 Penulis.....	3

### BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Ca Colon .....	4
2.2.1 Defenisi Ca Colon.....	4
2.2.2 Anatomi Fisiologi.....	5
2.2.3 Etiologi .....	6
2.2.4 Manifestasi Klinis.....	9
2.2.5 Patofisiologi disertai Web of caution (WOC ) .....	11-15
2.2.6 Pemeriksaan penunjang .....	14
2.2.7 Penatalaksanaan keperawatan dan medis .....	16
2.2.8 Komplikasi .....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	
2.2.1 Pengkajian .....	21
2.2.2 Diagnosa keperawatan .....	25
2.2.3 Intervensi keperawatan .....	26
2.2.4 Implementasi .....	41
2.2.5 Evaluasi .....	41

**BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian .....43  
3.2 Alasan masuk.....44  
3.3 Riwayat kesehatan .....44  
3.4 Diagnosa keperawatan .....62  
3.5 Intervensi keperawatan .....63  
3.4 Implementasi .....68

**BAB IV PEMABAHASAN**

4.1 Pembahasan .....82  
4.4.1 Pengkajian .....82  
4.4.2 Diagnosa keperawatan.....86  
4.4.3 Intervensi keperawatan .....88  
4.4 4 Implementasi .....90  
4.4.5 Evaluasi .....92

**BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....95  
5.2 Saran .....97

**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 : Anatomi Usus besar.....	5
Gambar 2.2 : Ca Colon.....	6
Gambar 2.3 :Woc ca colon .....	13

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.2.3	: Intervensi teoritis.....	26
Tabel 3.1.3.5	: Data biologis .....	50
Tabel 3.1.3.10	: Data penunjang.....	55
Tabel 3.1.12	: Analisa data.....	58
Tabel 3.5	: Intervensi.....	63
Tabel 3.6	: Implementasi dan Evaluasi.....	68

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar belakang**

Di era globalisasi ini penyakit ca colon merupakan suatu penyakit nomor tiga yang bisa mematikan manusia dan juga suatu masalah yang sangat serius perlu penanganan yang tepat oleh dokter, kanker kolon sampai saat ini belum ada penyembuhan terhadap pasiennya, apalagi pada pasiennya yang udah mengalami stadium yang lanjut. Kanker kolorektal merupakan salah satu jenis kanker yang sangat mematikan. Kanker kolorektal adalah suatu bentuk keganasan yang terjadi pada kolon, rektum, appendix Soebachman (2011 dalam Ahadani 2014).

Di Amerika Serikat, kanker kolorektal merupakan penyebab kematian akibat kanker nomor tiga pada wanita dan nomor dua pada pria. Diperkirakan pada tahun 2017 angka kematian akan mencapai 50.260 jiwa akibat ca colon (American Cancer Society, 2016).

Kasus ca colon di Indonesia pada perempuan adalah terbanyak ketiga setelah kanker payudara dan kanker serviks. Sedangkan pada laki-laki, ia menempati urutan kedua setelah kanker paru, diikuti yang ketiga kanker prostat (American Cancer Society, 2017). Pada tingkat Sumatera Barat terdapat peningkatan kasus ca colon pada tahun 2015 sekitar 5,1% Pada tahun 2016 tercatat 5,8% kasus kanker kolorektal. Dalam periode 2 tahun terakhir ini (pada tahun 2016-2017) di

Bukittinggi tepatnya RSUD.Dr.Achmad Muchtar Bukittinggi, khususnya menurut data rekam medis terdapat 187 kasus ca colon. Mayoritas terkena ca colon yaitu perempuan dewasa,kejadiannya begitu cepat dan perlu diperhatikan lebih dan penanganan yang tepat dari dokter dan tim medis lainnya.

Sesuai dengan hal diatas, ca colon merupakan masalah yang sangat serius untuk diatasi maka tertarik mengangkat judul “Asuhan keperawatan pada pasien dengan ca colon post laparatomi dan kolostomi”.

## **1.2 Tujuan**

### 1.2.1 Tujuan Umum

Menerapkan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien dengan Ca Colon dan kolostomi di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD.Dr.Achmad Muchtar Bukittinggi Tahun 2018.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Menerapkan asuhan keperawatan tentang ca colon dan kolostomi di RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi tahun 2018.
- b. Melakukan pengkajian pada klien dengan ca colon dan kolostomi di RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi tahun 2018.
- c. Mampu menegakan diagnose keperawatan pada klien dengan ca colon dan kolostomi di RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi tahun 2018.
- d. Mampu menetapkan intervensi pada klien dengan ca colon dan kolostomi di RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi tahun 2018.



- e. Mampu melakukan implementasi pada klien dengan ca colon dan kolostomi di RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi tahun 2018.
- f. Mampu melakukan evaluasi pada klien dengan ca colon dan kolostomi di RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi tahun 2018.
- g. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien ca colon dan kolostomi di RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi tahun 2018.

### **1.3 Manfaat Penulis**

#### 1.3.1 Rumah sakit

Sebagai bahan masukan bagi Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri RSUD Dr. Achmad Muchtar Bukittinggi Tahun 2018. Untuk mengetahui cara pemberian asuhan keperawatan pada pasien kolostomi dan ca colon sehingga meningkatkan mutu perawatan Klien rawat inap.

#### 1.3.2 Institusi pendidikan

Sebagai bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan mutu pendidikan terutama dalam bidang asuhan keperawatan .

#### 1.3.3 Klien dan keluarga

Bagi klien dapat bermanfaat untuk mempercepat pemulihan keadaan pasca operasi. Bagi keluarga dapat menambah pengetahuan tentang bagaimana menangani penyakit ca colon.

#### 1.3.4 Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis khususnya tentang penyakit ca colon.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1 Konsep Ca Colon**

##### **2.1.1 Pengertian**

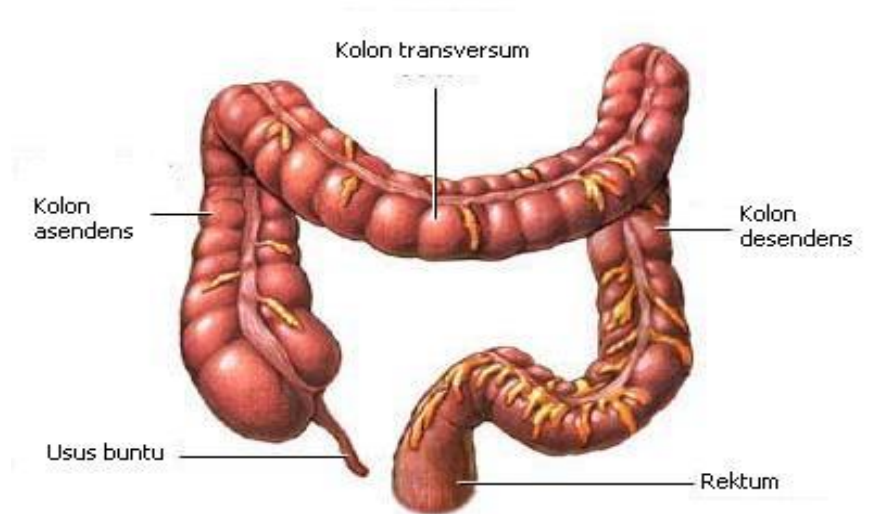
Menurut PNPk KEMENKES RI, ca colon adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus). Sebagian besar terdapat di kolon ascendens (30%), diikuti oleh kolon sigmoid (25%), rektum (20%), kolon descendens (15%) dan kolon transversum (10%) (John Hopkins Medicine Colon Centre, 2015).

Ca colon merupakan penyakit keganasan pada kolon dan atau rektum. Secara istilah, kanker memiliki arti yang sama dengan tumor ganas. Tumor atau neoplasma adalah pertumbuhan massa jaringan yang abnormal dan berlebihan. Tumor ada yang bersifat jinak dan ganas. Setiap tumor ganas dinamai berbeda sesuai dengan asalnya masing-masing. Adapun tumor ganas yang berasal dari epitel disebut dengan karsinoma; dari mesenkim disebut sarkoma; dari jaringan fibrosa disebut fibrosarkoma; dan dari kondrosit disebut kondrosarkoma (Kumar et al.,2007). Laparatomi berasal dari dua kata terpisah, yaitu laparo dan tomi. Laparo sendiri berarti perut atau abdomen sedangkan

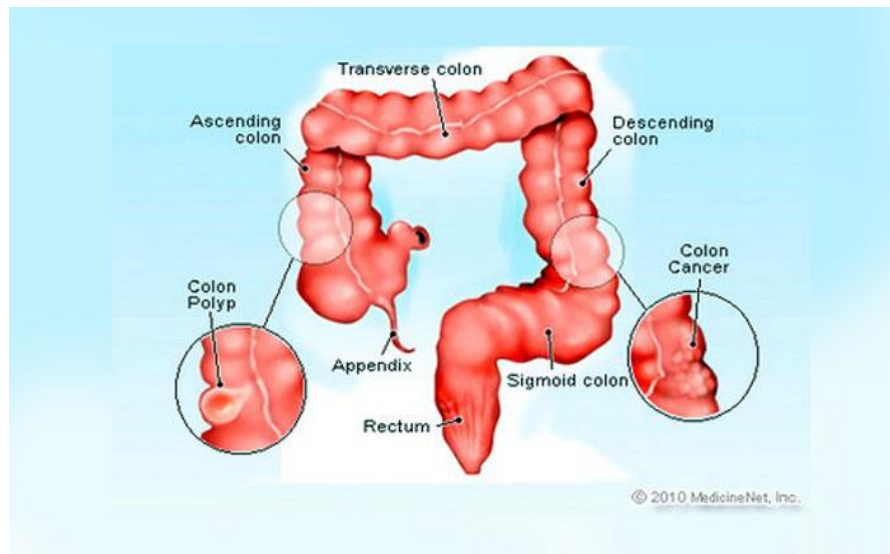
tomi berarti penyayatan. Sehingga laparatomi dapat didefenisikan sebagai penyayatan pada dinding bdomen atau peritoneal (Fossum).

Kolostomi adalah pembuatan sebuah lubang di dinding abdomen untuk mengeluarkan feses. Lubang ini dikenal dengan nama stoma dan terhubung ke alat serta kantong kolostomi. Bisa bersifat sementara, tapi bisa juga bersifat permanen.

### 2.1.2 Anatomi dan fisiologi



Gambar. 2.1. Usus Besar (Sumber : WordPress.com)



Gambar.2.2. Ca Colon (Sumber : Medicine Net, Inc, 2010)

Usus besar atau kolon dalam anatomi bagian usus antara usus buntu dan rektu. Fungsi organ ini menyerap air dan fases,pada dasarnya kolon terbagi atas kolon menanjak (ascenden ), kolon melintang ( transverse), kolon menurun (descenden), kolon sigmoid dan rektum. Bagian kolon usus buntu hingga pertengahan kolon disebut dengan” kolon kanan”, dan bagian sisanya sering disebut “kolon kiri“ (Diyono ,2013).

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab dari kanker kolon ini belum diketahui pasti tetapi berdasarkan American Cancer Society tahun (2014), faktor resikonya dibagi menjadi dua yaitu yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi.

Tidak Dapat dimodifikasi :

a. Keturunan dan riwayat keluarga

Seseorang dengan orang tua, saudara atau anak yang memiliki kanker kolorektal memiliki 2 sampai 3 kali risiko mengembangkan penyakit dibandingkan dengan individu yang tidak mempunyai riwayat kanker kolorektal di keluarga (American Cancer Society, 2014). Jika terdapat riwayat keluarga yang didiagnosis pada usia muda atau jika ada anggota keluarga lebih dari satu orang yang terkena, risiko meningkat hingga 3 sampai 6 kali. Sekitar 20% dari semua pasien kanker kolorektal memiliki saudara dengan riwayat kanker kolorektal. Dan sekitar 5% dari pasien kanker kolorektal mempunyai sindrom genetik yang menyebabkan penyakit ini.

Yang paling umum adalah *Lynch syndrome* (*juga dikenal sebagai hereditary non-polyposis colorectal cancer*) (American Cancer Society, 2014).

b. Riwayat polip adenomatous adalah salah satu penyebab yang meningkatkan risiko ca colon. Hal ini terutama apabila ukuran polip besar atau jika lebih dari satu. Seseorang dengan *inflammatory bowel disease*, kondisi dimana terjadi peradangan usus selama jangka waktu yang panjang, memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker kolorektal (American Cancer Society, 2014). Inflammatory bowel disease yang paling umum

adalah ulcerative colitis dan penyakit crohn (*American Cancer Society, 2014*).

Dapat Dimodifikasi :

a. AktifitasFisik

Sebuah tinjauan literatur ilmiah telah menemukan bahawa seorang yang aktif dari segi fisik mempunyai risiko 25% lebih rendah terkena kanker usus berbanding seseorang yang tidak aktif. Sebaliknya pada pasien ca colon yang kurang aktif mempunyai risiko kematian yang lebih tinggi berbandingkan mereka yang lebih aktif (*American Cancer Society, 2014*).

b. Obesitas

Obesitas atau kegemukan dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi terjadinya kanker kolorektal pada laki-laki dan kanker usus pada perempuan (*american iagno society, 2014*). Obesitas perut (diukur keliling pinggang) merupakan faktor risiko yang lebih penting berbanding obesitas keseluruhan baik pada laki-laki dan perempuan (*American Cancer Society, 2014*).

c. Diet

Konsumsi daging merah atau daging diproses secara berlebihan akan meningkatkan risiko terjadinya kanker di usus besar dan juga rektum. Alasan untuk ini belum jelas tetapi mungkin terkait dengan karsinogen (zat penyebab kanker) yang

terbentuk ketika daging merah dimasak pada suhu yang tinggi selama jangka waktu yang panjang atau aditif nitrit yang digunakan untuk pengawetan (*American Cancer Society, 2014*).

d. Merokok

Pada bulan agnost 2009, international agency for research on cancer melaporkan bahwa ada bukti yang cukup untuk menyimpulkan bahwa tembakau dalam rokok dapat menyebabkan kanker kolorektal. Asosiasi tampaknya lebih kuat pada rektum dari ca colon (*American Cancer Society, 2014*).

e. Alkohol

Ca colon dikaitkan dengan konsumsi alkohol berat dan sedang. Seseorang yang mempunyai purata hidup dengan konsumsi alkohol 2 hingga 4 minuman per hari memiliki risiko 23% lebih tinggi terkena Ca colon dibandingkan dengan mereka yang mengkonsumsi 1 minuman per hari (*American Cancer Society, 2014*).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Sekitar 5-20% kasus kanker adalah asimptomatik dan diagnosa selama proses skrining (*American Cancer Society, 2014*). Kanker dengan gejala obstruksi dan perforasi mempunyai prognosis yang buruk (*Hingorani, M. & Sebag-Montefiore, D., 2011*). Ca colon dini

seringkali tidak menunjukkan gejala, itulah sebabnya skrining sangat penting (American Cancer Society, 2014).

Berdasarkan Oxford Desk Reference: Oncology tahun (2011) antara gejala-gejala kanker kolorektal adalah seperti berikut:

a. Perdarahan rektal

Perdarahan rektal adalah keluhan utama yang penting dalam 20-50% kasus kanker kolorektal. Pasien dengan perdarahan yang diamati dengan satu atau lebih gejala dibawah harus segera dirujuk untuk pemeriksaan selanjutnya.

b. Perubahan pola buang air besar

Perubahan pola BAB sering dijumpai pada banyak pasien ca colon sekitar 39-85%. Gejala dibawah meningkatkan probabiliti yang mendasari kejadian kanker kolorektal.

- Perubahan pola BAB terutamanya pada pasien lanjut usia.
- Riwayat mencret darah atau lendir harus segera merujuk pendapat spesialis.
- Riwayat baru diare dengan frekuensi yang sering dan konsistensi cair.

c. Nyeri perut

- Nyeri perut pada pasien kanker kolorektal mungkin tanda dari obstruksi yang akan terjadi.



- Nyeri kolik abdomen dengan gejala obstruksi lain seperti mual, muntah harus segera diperiksa.

d. Gejala lain

Kehilangan darah kronis; anemia defisiensi besi, kelelahan, lesu ; sering dijumpai pada tumor sisi kanan.

- Massa abdomen.
- Pada pemeriksaan *Digital Rectal Examination (DRE)* mungkin dijumpai massa yang dapat diraba pada kanker rektal.

### 2.1.5 Patofisiologi dan woc

Ca colon (95%) adenokarsinoma (muncul dari epitel usus). Dimana sebagai polip jinak tetapi bisa jadi ganas menyusup serta merusak jaringan normal dan serta meluas ke struktur sekitar. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar sebagian tubuh yang lain (paling sering ke organ hati)( Japaries, 2013).

Pertumbuhan kanker dapat menghasilkan efek sekunder, meliputi penyumbatan lumen usus dengan obstruksi dan ulserasi pada dinding usus serta pendarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan perforasi dan abses, serta timbulnya metastase pada jaringan lain. Prognosis relative baik bila lesi terbatas pada mukosa dan submukosa pada saat reseksi dilakukan, dan jauh lebih jelek bila metastase ke kelenjar limfe(

Japaries, 2013). Menurut Diyono (2013), tingkatan ca colon dari duke sebagai berikut :

1. Stadium 1 : Hanya terbatas pada mukosa kolon (dinding rectum dan kolon).
2. Stadium 2 : Menembus dinding otot, tapi belum metatase.
3. Stadium 3 : Melibatkan kelenjar limfe.
4. Stadium 4 : Metatase kelenjar limfe yang berjauhan dan organ lain.

Ca colon merupakan ca colon yang dapat tumbuh secara local dan bermetatase luas. Adapun cara penyebaran ini melalui beberapa cara. Penyebaran secara local biasanya masuk lapisan dinding usus sampai keserosa dan lemak mesetrik, sel kanker akan menagani organ disekitarnya. Adapun penyebaran yang lebih luas lagi didalam lumen usus melalui limfatik dan system sirkulasi. Bila sel kanker masuk ke system sirkulasi, maka sel kanker dapat terus masuk ke organ hati, kemudian metatase ke organ paru-paru. Penyebaran lainnya ke adrenal, ginjal, kulit, tulang, dan sel otak. Sel kanker dapat menyebar ke bagian periotenal pada saat dilakukan reseksi tumor (Diyono, 2013 ).

Hampir semua ca colon ini berkebang dari polip adenoma jenis villous, tubular, dan viloutubular. Namu dari ketiga jenis adenoma ini hanya vilous dan tubular yang menjadi premaglina. Jenis tubular bestruktus seperti bola dan bertangkai sedangkan vilous memiliki

struktur lonjong seperti jari tangan tapi tidak bertangkai. Kedua jenis ini akan tumbuh seperti bungan kol didalam kolon sehingga massa tersebut akan menekan dinding mukosa kolon. Penekanan ini akan menimbulkan lesi-lesi ulserasi yang akhirnya akan menjadi pendarahan pada kolon. Selain pendarahan pada kolon obstruksi sering terjadi hanya saja lokasi pertumbuhan adenoma tersebut sebagai acuan. Bila adenoma tumbuh didalam lumen luas (ascenden dan transvesum), maka abtruksi jaran terjadi hal ini dikarenakan isi ( fases masih memiliki kosentrasi air yang cukup) masih bisa melewati lumen tersebut dengan mengubah bentuk (d disesuaikan dengan lekukan lumen karena ada tonjolan massa). Tetapi adenoma bila tumbuh di lume yang sempit maka (descenden atau bagian bawah), maka obstruksi akan terjadi karena tidak dapat melewati lumen yang telah terdesak oleh massa. Namun kejadian ini obstruksi ini dapat total dan parsial (Diyono , 2013 ).

Secara genetik perubahan ca colon merupakan penyakit yang paling komplek, perubahan genetic sering dikaitkan dengan perkembangan lesi permaligna (adenoma) dan adenoma kasinoma invasif. Rangkaian peristiwa molekuler dan genetik yang menyebabkan transformasi dari keganasan polip adenomatosa. Proses awal adalah mutasi APC ( adenomatosa poliposis gen ) yang pertama kali ditemukan pada keluarga adenoma poliposis (FAP yaitu *familial adenomatous polyposis*). Protein yang dikodekan oleh

APC penting dalam aktivasi onkogen c-myc dan skelin D1, yang mendorong perkembangan fenotip ganas (Muttaqin ,2013 ).



### **2.1.6 Pemeriksaan penunjang**

Menurut (Thankamma, A., Barrett, A., Hatcher, H., et al., 2011)

pemeriksaan penunjang bagi ca colon terdiri :

- 1. Digital Rectal Examination (DRE)**, adalah pemeriksaan yang sederhana dan dapat dilakukan oleh semua dokter dengan memasuki jari yang sudah dilapisi sarung tangan dan zat pelumasan ke dalam dubur kemudian memeriksa bagian dalam rektum. Bila ada tumor di rektum akan teraba dan diketahui dengan pemeriksaan ini (Wendy, Y.M., 2013).
- 2. Double-contrast barium enema**, adalah pemeriksaan radiologi dengan sinar rontgen pada kolon dan rektum. Penderita diberikan enema dengan larutan barium dan udara yang dipompakan ke dalam rektum kemudian difoto. Dan dilihat seluruh lapisan dinding dapat dilihat apakah normal atau ada kelainan (Hingorani, M., & Sebag-Montefiore, D., 2011).
- 3. Fecal Occult Blood Test (FOBT)**, kanker maupun polip dapat menyebabkan pendarahan dan tes FOB dapat mendeteksi adanya darah pada tinja. Bila tes ini mendeteksi adanya darah, harus dicari dari mana sumber darah tersebut, apakah dari rektum, kolon atau bagian usus lainnya dengan pemeriksaan yang lain. Penyakit wasir juga dapat menyebabkan adanya darah dalam tinja. Tes Single stool sample pada FOBT (Fecal Occult Blood Test) hasilnya tidak memuaskan sebagai skrining kanker kolorektal dan tidak direkomendasikan (Levin, 2008).
- 4. Sigmoidoscopy**, adalah suatu pemeriksaan dengan suatu alat berupa kabel seperti kabel kopling yang diujungnya ada alat petunjuk yang ada

cahaya dan bisa diteropong. Alat ini dimasukkan melalui lubang dubur kedalam rektum sampai kolon sigmoid, sehingga dinding dalam rektum dan kolon sigmoid dapat dilihat. Bila ditemukan adanya polip, dapat sekalian diangkat. Bila ada masa tumor yang dicurigai kanker, dilakukan biopsi, kemudian diperiksakan ke bagian patologi anatomi untuk menentukan ganas tidaknya dan jenis keganasannya.

5. Scan (misalnya, MR1. CZ: gallium) dan ultrasound: Dilakukan untuk tujuan iagnostic, identifikasi iagnostic, dan evaluasi respons pada pengobatan.

6. Biopsi (aspirasi, eksisi, jarum): Dilakukan untuk iagnostic banding dan menggambarkan pengobatan dan dapat dilakukan melalui sum-sum tulang, kulit, organ dan sebagainya.

7. Jumlah darah lengkap dengan diferensial dan trombosit: Dapat menunjukkan anemia, perubahan pada sel darah merah dan sel darah putih: trombosit meningkat atau berkurang.

## **2.1.7 Penatalaksanaan**

### **2.1.7.1 Medis**

- Terapi primer yang dilakukan kepada klien untuk pengobatan dengan cara pembedahan. Terapi kemoterapi digunakan sebagai tambahan untuk menjaga tumor tidak tumbuh lagi. Kemoterapi digunakan untuk menekan pertumbuhan sel kanker yang ada di hepar. Radiasi yang diberikan bisa dengan sendiri-

sendiri dan bersamaan. Terapi kombinasi dapat meningkatkan survival klien ca colon.

- Pembedahan

Tiga dari empat klien menjalani operasi ca colon dan 60% menjalani pengobatan. Intervensi operasi tergantung dari jenis kanker, lokasi, stadium, dan keadaan umum klien (Blaks & Hawks 2009).

Kadang operasi ca colon ini memerlukan tindakan kolostomi. Prosedur kolostomi dilakukan dengan membuat lubang dinding perut atau abdomen yang berfungsi sebagai tempat untuk mengeluarkan feses (Kozier & Erb,2009).

#### 2.1.7.2 Keperawatan

- Pre operasi

Perawat pre operasi klien sering ditemukan dengan penurunan berat badan dan perubahan kebiasaan buang air besar. Untuk mendapatkan gambaran yang akurat dari manifestasi klinis pada klien perlu dikaji factor resiko seperti riwayat keluarga mempunyai penyakit kanker. Pengkajian abdomen dilihat ketidak abnormalnya abdomen, nyeri , distensi, dan adanya massa.

Mengidentifikasi kecemasan klien dan dukungan support system, mulai dari penjelasan tentang pengobatan dan



prosedur yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada klien untuk berdiskusi tentang prosedur yang akan dilakukan oleh tim kesehatan. Jika dilakukan kolostomi maka tindakan kolostomi diperlukan enterostomal therapy nurse untuk edukasi tentang kolostomi dan perawatannya (Blaks & Hawks 2009).

- Post operasi

Setelah klien keluar dari ruangan ICU keruangan perawatan, perawat tetap melakukan pengkajian dan intervensi seperti pada ruangan perawatan intensif. Pengkajian yang dilakukan pada keadaan post anastesi general dapat menyebabkan komplikasi sehingga tetap memerlukan monitor system respiratori, kardiovaskuler, renal dan cairan elektrolit.

Perawat harus melakukan perawatan khusus terhadap klien ini terutama pada bagian abdomen yang sudah di operasi seperti perawatan luka, jika ada melakukan kolostomi dan terpasang drain, maka harus melakukan pengantian dressing dan memonitor output drain harus dilakukan dengan baik (Blaks & Hawks 2009).

### **2.1.8 Komplikasi**

Komplikasi terjadi sehubungan dengan bertambahnya pertumbuhan pada lokasi tumor atau melalui penyebaran metastase yang termasuk :

- a. Perforasi usus besar yang disebabkan peritonitis.
- b. Pembentukan abses.
- c. Pembentukan fistula pada urinari bladder atau vagina.

Biasanya tumor menyerang pembuluh darah dan sekitarnya yang menyebabkan pendarahan. Tumor tumbuh kedalam usus besar dan secara berangsur-angsur memampatkan usus besar dan pada akhirnya tidak bisa sama sekali. Perluasan tumor melebihi perut dan mungkin menekan pada organ yang berada disekitarnya ( Uterus, urinary bladder, dan ureter ) dan penyebab gejala-gejala tersebut tertutupi oleh kanker (Brunner & Suddarth. 2002).

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan menurut Wijaya dan Putri (2013).

a. Biasanya identitas klien terdiri Nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawaban juga terdiri dari nama, umur penanggung jawab, hub.keluarga, dan pekerjaan. Pada ca colon lebih sering terjadi pada usia 40 tahun, pada wanita sering ditemukan ca colon dan pada laki-laki lebih sering terjadi kanker rekti.

b. Riwayat kesehatan

- Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri dibagian abdomen karena sudah melakukan tindakan laparatomi juga kolostomi, jadi klien merasakan tidak nyaman dengan kondisinya yang sekarang, lagi pula kalau klien ada tindakan kolostomi maka klien akan sangat merasakan tidak nyaman karena bisa jadi akibat anusnya di tutup maka klien BAB dan flatus di bagian abdomen. Klien juga tidak bisa bergerak banyak dan susah untuk tidur, tubuh klien biasanya terasa lemas dan letih, dan nafsu makan akan menurun.

- Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pernah menderita polip kolon, radang kronik kolon dan kolitis ulseratif yang tidak teratasi, ada infeksi dan obstruksi pada usus besar, dan diet dan konsumsi diet tidak baik, tinggi protein, tinggi lemak, tinggi serat.

- Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya keluarga klien adanya riwayat kanker, diidentifikasi kanker yang menyerang tubuh atau ca colon adalah turunan yang sifatnya dominan.

c. Pemeriksaan fisik

1). Mata : Konjungtiva anemis.

2). Mulut : Mukosa mulut kering dan pucat, lidah pecah-pecah dan berbau

3). Leher : Distensi vena jugularis (JVP).

4). Abdomen : Distensi abdomen, adanya teraba massa, penurunan bising usus dan kembung.

5). Kulit : Turgor kulit jelek, kering, (dehidrasi dan malnutrisi).

d. Pengkajian fungsional

1). Aktivitas dan Istirahat

Biasanya kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah, merasa gelisah dan ansietas, tidak tiduran semalaman karena akibat reaksi nyeri sudah pembedahan.

2). Pernafasan

Biasanya klien nafas pendek, dispnea (respon terhadap nyeri yang dirasakan) yang ditandai dengan takipnea dan frekuensi menurun.

3). Sirkulasi

Biasanya takikardi (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri), ada perubahan pada tanda-tanda vital misalnya tekanan darah meningkat, nadi takikardi, pernafasan cepat, suhu meningkat.

4). Integritas ego

Biasanya ansietas ketakutan, emosi kesal, missal : perasaan tak berdaya /tak ada harapan.

5). Eliminasi

Biasanya fesesnya terlihat cair atau lunak karena dipasang kolostomi di bagian area abdomen.

6). Makan /cairan

Biasanya mual dan muntah juga sering dirasakan oleh klien setelah dilakukan operasi, maka dari itu akan

menimbulkan penurunan berat badan pada klien tapi itu hanya pada awal-awal post operasi tetapi lama kelamaan sudah terbiasa.

7). Muskulosketal

Biasanya klien mengalami penurunan kekuatan otot akibat sudah insisi pembedahan itu hanya untuk sementara saja.

8). Seksualitas

Biasanya tidak bisa melakukan hubungan seksual/ frekuensi menurun.

9). Hubungan sosial

Biasanya ketidak efektifan ber interaksi dan bersosialitas dengan masyarakat karena sakit.

## **2.2.2 Diagnosa keperawatan**

### **a. Pre operasi**

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan imobilisasi
- 3) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.

**b. Post operasi**

- 1) Risiko infeksi
- 2) Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam (status kesehatan).
- 3) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Penyakit, Cedera.

### 2.2.3 INTERVENSI

No	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang</p> <p><b>Tujuan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain Level,</li> <li>• Pain control</li> <li>• Comfort level</li> </ul> <p><b>KH :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>• Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>• Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> </ul>	<p><b>1. Pain Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>• Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</li> <li>• Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>• Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>• Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>• Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<p>kontrol nyeri masa lampau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>• Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>• Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>• Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)</li> <li>• Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>• Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> <li>• Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>• Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>• Tingkatkan istirahat</li> </ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li><li>• Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</li></ul> <p><b>2. Analgesic Administration</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li><li>• Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li><li>• Cek riwayat alergi</li><li>• Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li><li>• Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li><li>• Tentukan analgesik pilihan, rute</li></ul>
--	--	--	--

			<p>pemberian, dan dosis optimal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> <li>• Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> <li>• Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</li> <li>• Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala</li> </ul>
2	Risiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang</p> <p><b>Tujuan :</b></p> <p>Kontrol infeksi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontrol infeksi</li> <li>• kontrol infeksi:intraoperasi</li> <li>▪ Perlindungan infeksi</li> <li>• perawatan luka</li> <li>• monitor tanda –tanda vital</li> </ul>

		<p><b>KH :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Menunjukkan mencegah timbulnya infeksi</li> <li>3. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>4. menunjukkan prilaku hidup sehat</li> <li>5. Status imun, gastrointestinal dan system imun.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perawatan luka :tidak sembuh irigasi</li> <li>• manajemen pengobatan perawatan luka tekan</li> </ul>
3	Ansietas berhubungan dengan perubahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3 x 24 jam diharapkan nyeri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gunakan pendekatan yang menenangkan</li> </ul>

	<p>dalam (status kesehatan).</p>	<p>berkurang</p> <p><b>Tujuan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiety self-control</li> <li>• Anxiety level</li> <li>• Coping</li> </ul> <p><b>KH :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.</li> <li>• Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.</li> <li>• Vital sign dalam batas normal.</li> <li>• Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien</li> <li>• Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur</li> <li>• Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres</li> <li>• Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</li> <li>• Dorong keluarga untuk menemani anak</li> <li>• Lakukan back / neck rub</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> </ul>
--	----------------------------------	---	---

		menunjukkan berkurangnya kecemasan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi tingkatkecemasan</li> <li>• Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</li> <li>• Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</li> <li>• Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</li> <li>• Berikan obat untuk mengurangi kecemasan</li> </ul>
4	Itoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Activity Therapy</b></li> <li>• Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam</li> </ul>

	<p>imobilisasi</p>	<p><b>Tujuan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Energy conservation</li> <li>• Activity tolerance</li> <li>• Self Care : ADLs</li> </ul> <p><b>KH :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR</li> <li>• Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri</li> <li>• Tanda-tanda vital normal</li> <li>• Energy psikomotor</li> <li>• Level kelemahan</li> <li>• Mampu berpindah: dengan atau</li> </ul>	<p>merencanakan program terapi yang tepat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</li> <li>• Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social</li> <li>• Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>• Bantu untuk mendapatkan alat</li> </ul>
--	--------------------	---	--

		<p>tanpa bantuan alat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status kardiopulmunari adekuat</li> <li>• Sirkulasi status baik</li> <li>• Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat</li> </ul>	<p>bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai</li> <li>• Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang</li> <li>• Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas</li> <li>• Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas</li> <li>• Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan</li> </ul>
--	--	--	--



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual</li> </ul>
5	<p>ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam:</p> <p><b>Tujuan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monutritional status : Food and fluid Intake</li> </ul> <p><b>KH :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri pada klien</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang</li> <li>3. Mengatakan rasa nyaman setelah</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nutrition Management</b></li> <li>• Kaji adanya alergi makanan</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</li> <li>• Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>• Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>• Berikan substansi gula</li> </ul>

		nyeri berkurang	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li><li>• Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li><li>• Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li><li>• Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li><li>• Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li><li>• Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang</li></ul>
--	--	-----------------	---

			<p>dibutuhkan</p> <p><b>1. Nutrition Monitoring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BB pasien dalam batas normal</li> <li>• Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>• Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</li> <li>• Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan</li> <li>• Monitor lingkungan selama makan</li> <li>• Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi</li> <li>• Monitor turgor kulit</li> </ul>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</li><li>• Monitor mual dan muntah</li><li>• Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</li><li>• Monitor pertumbuhan dan perkembangan</li><li>• Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</li><li>• Monitor kalori dan intake nutrisi</li><li>• Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral.</li></ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet</li> </ul>
6	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Penyakit, Cedera.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3 x 24 jam:</p> <p><b>Tujuan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Body image</li> <li>• Self esteem</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Body image positif</li> <li>• Mampu mengidentifikasi kekuatan personal</li> <li>• Mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh</li> </ul>	<p><b>1.Body image enhancement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya</li> <li>• Monitor frekuensi mengkritik dirinya</li> <li>• Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit</li> <li>• Dorong klien mengungkapkan perasaannya</li> <li>• Identifikasi arti pengurangan</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Mempertahankan interaksi sosial</li></ul>	<p>melalui pemakaian alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil.</li></ul>
--	--	---	--

#### **2.2.4 Implementasi**

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Pada tahap ini perawat menggunakan semua kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus pada klien *post op ca colon* pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen. *Interdependen* dan *dependen*.

#### **2.2.5 Evaluasi**

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara membandingkan antara *SOAP* dengan tujuan, kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Format evaluasi menggunakan :

*S* : *subjective* adalah informasi yang berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diperbaiki

*O* : *objective* adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan

A : analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, atau muncul masalah baru.

P : *planning* adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa, baik itu rencana diteruskan, dimodifikasi, dibatalkan ada masalah baru, selesai (tujuan tercapai).



**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Identitas Klien**

Nama	: Ny.Y
Umur	: 52 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Janda
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMA
Alamat	: Surau Gadang 4 ankek
<b>Penanggung Jawab</b>	
Nama	: Ny .D
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Umur	: 25 Tahun
Hub .Keluarga	: Anak kandung
No.MR	: 491050
Ruangan Rawat	: Bedah Ambun Suri Lantai 2
Tgl Masuk RS	: 25 Mai 2018
Tgl Pengkajian	: 06 Juni 2018
Tgl Operasi	: 03 Juni 2018

### 3.2.1 Alasan Masuk

Klien masuk ke IGD pada tanggal 25-Mai -2018 hari Jum'at pukul 10:30 Wib, dengan alasan masuk perut sakit yang berkepanjangan ,perut bengkak sebelah kiri bawah, dan BAB encer berwarna hitam dan berdarah, berat badan turun secara cepat 3 bulan terakhir sekitar 68 kg turun menjadi 38 kg, klien susah tidur, klien mengatakan susah makan sejak 3 bulan ini.

### 3.1.3 Riwayat Kesehatan

#### 3.1.3.1 Riwayat kesehatan sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada Tanggal 06 juni 2018 pukul 12.00 wib klien mengatakan nyeri pada bagian operasi laparatomi dan kolostomi klien karena baru hari ke 3, klien merasakan tidak nafsu makan, klien mengatakan berat badanya turun dari 68 kg menjadi 38 kg pada saat sakit, klien juga mengatakan susah bergerak karena insisi pembedahan, klien mengatakan tidak nyaman dan gelisah dengan kolostominya, klien mengatakan untuk menukar kantong kolostominya dengan yang bersih, klien mengatakan cemas akan terjadi pelambatan penyembuhan lukanya, Skala nyeri dengan penilaian PQRST yaitu :

P (Provokatif) : klien merasakan nyeri apabila bergerak dan jika ditekan abdomen di bekas insisi pembedahan laparotomi dan kolostomi.

Q (qualiti) : klien mengatani nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, dan apabila saat batuk.

R (radiation) :Klien mengatakan nyeri disekitar area abdomen.

S (severity) : Klien tanpak meringis, skala nyeri 6 ,nyeri yang dirasakan klien disertai nadi dan nafas cepat, klien merasa tidak nyaman ketika nyeri datang.

T (Time) : Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul, nyeri dirasakan saat mau bergerak dan batuk.

Klien mengatakan tidak nyaman BAB diperut, klien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri yang dirasakanya sangat mengganggu.Klien mengatakan kuran puas dengan tidurnya, klien merasakan gelisah karena cuaca yang panas dan klien tidak bisa bergerak dengan bebas, klien hanya tidur 4-5 jam di malam hari, klien merasakan kuatir dengan kondisinya sekarang ini.

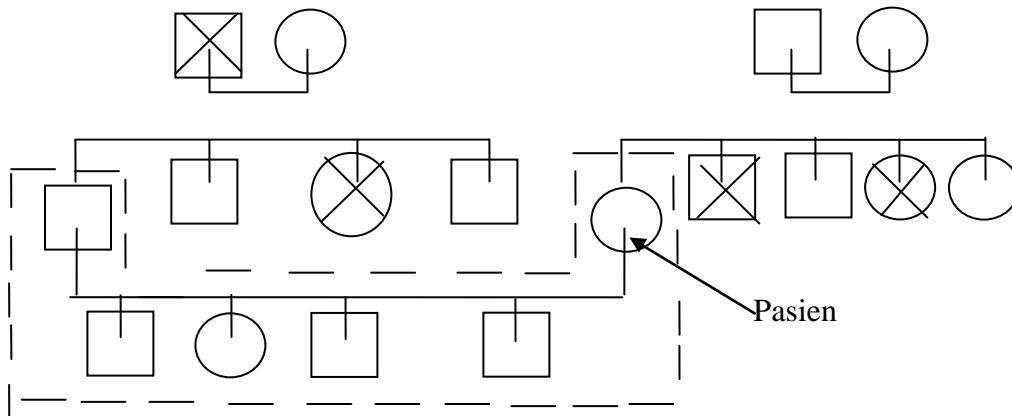
### 3.1.3.2 Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan pernah mengalami pembengkakan payudara sebelah kanan lebih kurang 3 tahun lamanya. klien menanggung nyeri di mamaenya, namun klien membawa berobat ke alternatif sekarang sakitnya mulai berkurang.

### 3.1.3.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan nenek klien mengalami kanker mamae.

#### Genogram



#### Keterangan:

- : Laki – Laki
- : perempuan
- (with arrow) : pasien
- ⊗ : Laki – Laki meninggal
- ⊗ : Perempuan meninggal
- : Yang tinggal serumah

### 3.1.3.4 Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Composmetis E :4 V:5 M:6

BB/TB : Sehat( 69 kg), Sakit( 38kg), tinggi badan sehat sakit(155 cm).

Tanda Vital : TD :130/80 mmHg RR: 20x/menit

N :100 x/menit S: 36,1°C

a. Kepala

- Rambut : Rambut klien tampak keriting, berminyak, warna hitam sedikit berwarna putih, tidak ada ketombe, rambut klien tidak rapi.
- Mata : Mata terlihat juling, penglihatan klien baik, konjungtiva klien anemis, sklera tidak ikterik, reflek cahaya (+/+), terlihat mata klien seperti mata panda.
- Telinga : Telinga terlihat simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran disekitar telinga, tidak ada oedem, tidak ada pendarahan atau pun serumen.
- Hidung : Hidung klien terlihat bersih, tidak ada, tidak ada luka lecet, tidak terpasang NGT.
- Mulut dan Gigi: Rongga mulut lumayan bersih, mukosa bibir klien lembab, tonsil tidak ada peradangan, gigi ada karies, tidak ada stomatitis .

b. Leher

I : Simetris kiri dan kanan ,tidak ada bekas luka atau jahitan

P: Tidak ada pembengkakan pada leher pasien, tidak ada teraba kelenjar getah bening, dan vena jugularis.

c. Thorak

1) Paru-paru

I : Dada klien terlihat simetris kiri dan kanan, pergerakan dada normal, frekuensi nafas 20 x/i, tidak ada terlihat bekas luka atau lecet.

P : Tidak ada pembengkakan pada sekitar dada, pergerakan sama kiri dan kanan, getaran dinding dada sama.

P : Terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru.

A : Bunyi nafas vesikuler /normal, whezing(-), rhonki(-).

2) Jantung

I : Ictus kordis tidak terlihat, tidak terdapat sianosis.

P : Ictus kordis teraba di ICS 4 linea medio clavicularis sinistra.

P : Terdengar bunyi redup ketika di perkusi.

A : Bunyi jantung klien regular (lup dup), suara jantung ketiga disebabkan osilasi darah antara orta dan vestikular. Suara jantung terakir (S4) tubelensi injeksi darah. Suara jantung ketiga dan ke empat disebabkan oleh pengisian vestrikuler, setelah fase isovolumetrik dan kontraksi atrial tidak ada murmur (suara gemuruh, berdesir).

d. Abdomen

I : Perut terlihat datar, terlihat stermar, terlihat luka jahitan 10 cm, bekas luka terlihat bersih dan bagus ada kolostomi terletak sebelah kiri abdomen.

P : Nyeri tekan pada bagian area kolostomi dan abdomen bekas operasi.

P : Tidak ada terdengar suara timpani ketika di perkusi.

A : Pada di dengar kan dengan stetoskop bising usus klien 6 x/i.

e. Punggung

Punggung klien terlihat datar, tidak ada bekas luka lecet atau luka jahit, tidak ada ciri dekubitus pada klien.

f. Ekstremitas

Atas : Ada tangan sebelah kiri terlihat terpasang infus terpang injekpam tangan sebelah kiri.

bawah : Pada kaki tidak ada gangguan berjalan, tidak terlihat adanya luka lecet.

Kuatan otot :

5	5
5	5

g. Genetalia

Pada genetalia tidak terpasang kateter dan tidak ada melakukan pemeriksaan pada area tersebut.

h. Intergumen

Pada kulit pasien warnanya sawo matang, tugor kulit kurang bagus atau lembab, ada luka laparatomi sebesar 10 cm.

3.1.3.5 Data Biologis

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	<b>MAKANAN</b>		
	❖ Menu	Nasi biasa	Susu
	❖ Porsi	porasi 3x sehari	1 gelas /hari
	❖ Makanan kesukaan	Tidak ada	Tidak ada
	❖ Pantangan	Tidak ada pantangan	Tidak ada pantangan



2.	<b>MINUMAN</b>		
	❖ Jumlah	4 gelas /hari	1-2 gelas/hari
	❖ Minuman kesukaan	Tidak ada	Tidak ada
	❖ Pantangan	Tidak ada pantangan	Tidak ada
3.	<b>ELIMINASI BAB</b>		
	❖ Frekuensi	1x dalam 3 hari	1x tukar kantong kolostomi /hari
	❖ Warna	Hitam bercampur darah	Kuning
	❖ Bau	Busuk	khas
	❖ Kesulitan	Ya	sakit pada kolostomi klien
4.	<b>BAK</b>		
	❖ Frekuensi	2 x/hari	4 x/hari
	❖ Warna	Kuning pucat	Putih bening
	❖ Bau	Pesing	Pesing

5.	❖	Konsistensi	Cair	Cair
	❖	Kesulitan	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan
	<b>ISTIRAHAT DAN TIDUR</b>			
	❖	Lama tidur	6 jam / hari	4-5 jam /hari
	❖	Waktu tidur	Malam	Malam
6.	❖	Hal yang mempermudah tidur	Keadaan tenang Suara berisik	Keadaan tenang berisik,sesak saat tidur
	❖	Kesulitan tidur		
	<b>PERSONAL HYGINE</b>			
	❖	Mandi	2x1/hari	Hanya di lap
	❖	Cuci rambut	2-1x/hari	Tidak ada selama dirawat
	❖	Gosok gigi	Tidak ada	Tidak ada

	❖ Potong kuku	1x1 minggu	Selama dirawat belum pernah potong kuku
--	---------------	------------	---

### 3.1.3.6 Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi terhadap obat, makanan

### 3.1.3.7 Data Psikologis

#### a. Prilaku Verbal

- 1) Cara Menjawab :Komunikasi sangat nyambung
- 2) Cara Memberikan Informasi : Sesuai yang dirasakan klien

b. Prilaku non verbal : Kontak mata saling terjaga, ekspresi wajah meringis, dan gelisah.

#### c. Emosi

Klien emosinya terkontrol, normal.

#### d. Persepsi penyakit

Menerima dengan ikhlas penyakit yang diderita klien.

#### e. Konsep Diri

Klien mempunyai konsep diri yang baik.

#### f. Adaptasi

Klien sangat mudah beradaptasi dengan teman sejawat dan masyarakat di sekitar rumahnya.

g. Mekanisme pertahanan diri

Klien kurang baik terhadap mekanisme pertahanan diri.

### 3.1.3.8 Data Sosial

a. Pola komunikasi

Klien mengatakan sangat jelas, dengan bahasa Indonesia.

b. Orang yang dapat membuat nyaman

Klien mengatakan dia sangat nyaman apabila berkumpul keluarga atau ketika pergi jalan-jan sama keluarga.

c. Orang yang paling berharga bagi pasien

Klien mengatakan dia sangat mencintai anaknya.

d. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Klien mengatakan suka bergaul dengan masyarakat.

### 3.1.3.9 Data Spritual

a. Keyakinan

Klien mengatakan dia lebih yakin kepada agama islam yaitu kepada Allah.

b. Ketaatan beribadah

Selama dirumah sakit pasien tidak pernah melakukan ibadah seperti puasa, sholat, mengaji.

c. Keyakinan terhadap penyembuhan

Klien mengatakan sangat yakin bahwa sakitnya itu akan disembuhkan oleh Allah.

3.1.3.10 Data penunjang

a. Labor lengkap pada tanggal 5-juni-2018

Parameter	Hasil	Nilai normal	Pria	Wanita
Hemoglobin	11.9 (g/dl)		13-16	12-14
Eritrosit	4.62( $10^6$ /ul)		4.5-5.5	4.0-5.0
Hematokrit	36.6 (%)		40.0-48.0	37.0-43.0
Leukosit	10.71( $10^3$ /ul)	5.0-10.0		
NEUT%	76.5 %	50-70		
LYMPH	16.7%	20-40		
PLT	457( $10^3$ /ul)	150-400		

3.1.3.11 Data pengobatan

- a. Ceftiaxon 2 x 1 hari /mg
- b. Metronidazole 3 x 1 hari /mg
- c. Omeperazole 1 x40 mg

- d. Keterolak 3 x 30 mg
- e. Infus RL 500 cc 20 tts

#### 3.1.3.12 Data Fokus

##### a. Data Subjektif

- 1) Klien mengatakan nyeri pada bagian operasi laparatomi dan kolostomi terasa seperti ditusuk-tusuk apabila ada rangsangan mau batuk.
- 2) Klien mengatakan tidak bisa bergerak dengan bebas karena inisisi pembedahan
- 3) Klien mengatakan tidak nyaman akan BAB diperut
- 4) Klien mengatakan tidak nafsu makan
- 5) Klien mengatakan berat badanya turun dari 68 kg sekarang 38 kg
- 6) Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan sangat mengganggu
- 7) Klien mengatakan kurang puas untuk tidur
- 8) Klien mengatakan hanya tidur 4-5 jam pada malam hari saja

- 9) Klien mengatakan tidak nyaman dan gelisah dengan kolostominya
- 10) Klien memintak tolong untuk menukar kantong kolostominya itu dengan yang bersih
- 11) Klien mengatakan cemas akan terjadinya pelambatan penyembuhan luka
- 12) Klien mengatakan merasakan mual ketika mau makan

b. Data Objektif

- 1) Klien tampak meringis kesakitan.
- 2) Klien tampak gelisah
- 3) Klien tampak kurang ceria karena kepanasan disebabkan oleh kondisi cuaca
- 4) Klien tampak matanya seperti mata panda
- 5) Klien tampak lemas
- 6) Kekuatan otot pasien

5	5
5	5

7) TTV

TD :130/80 mmHg

N :120 x/i

RR :24 x/i

S :36,7°C

BB : 68 kg menjadi turun 38 kg.

- 8) Klien tanpak kurus dan tidak nafsu makan.
- 9) Klien susah untuk menghabiskan makananya karena setiap makan akan merasakan mual.
- 10) Klien tanpak sakit saat dilakukan palpasi pada abdomen.
- 11) Skala nyeri 6.
- 12) Luas luka jahitan laparatomi 10 cm.
- 13) Post laparatomi dan kolostomi hari ke 3

### 3.1.3.12 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p><b>DS :</b></p> <p>1.Klien mengatakan nyeri pada bagian operasi laparatomi dan kolostomi terasa seperti ditusuk-tusuk apabila ada rangsangan mau batuk.</p> <p>2.Klien mengatakan tidak bisa bergerak</p>	Nyeri akut	Agen cidera fisik (pembedahan)



	<p>dengan bebas karena inisiasi pembedahan</p> <p>3.Klien mengatakan tidak nyaman dan gelisah dengan kolostominya</p> <p>4.Klien memintak tolong untuk menukar kantong kolostominya itu dengan yang bersih</p> <p><b>DO :</b></p> <p>1.Klien tanpa meringis kesakitan.</p> <p>2.Klien tanpa gelisah</p> <p>3.Klien tanpa sakit ketika dilakukan palpasi pada abdomen</p> <p>4.Skala nyeri 6</p> <p>5.TTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD:130/80 mmHg</li> <li>• N :88 x/i</li> </ul>		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RR :20 x/i</li> <li>• S : 36,1°C</li> </ul>		
2.	<p><b>DS:</b></p> <p>1.Klien mengatakan kurang nafsu makan</p> <p>2.Klien mengatakan berat badanya menurun dari 68 kg sekarang 38 kg</p> <p>3. klien mengatakan ketika makan merasa mual</p> <p><b>DO :</b></p> <p>1. Klien tampak lemas</p> <p>2.Klien tampak susah untuk menghabiskan makananya karena setiap makan akan merasakan mual</p> <p>3.Klien tampak tidak</p>	<p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Ketidak mampuan mencerna makanan</p>

	<p>bersemangat</p> <p>4. Berat badan klien : 38 kg dari 68 kg</p>		
3.	<p><b>DS :</b></p> <p>1. Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan sangat mengganggu</p> <p>2. Klien mengatakan kurang puas untuk tidur</p> <p>3. Klien mengatakan hanya tidur 4-5 jam pada malam hari saja.</p> <p><b>DO:</b></p> <p>1. Klien tampak lemas</p> <p>2. Klien tampak tidak nyaman dengan lingkungannya</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>	<p>Halangan lingkungan</p>

	<p>3. Klientanpak matanya seperti mata panda</p>		
4.	<p><b>DS:</b></p> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tanpak gelisah</li> <li>2. Kantong kolostomi pasien tanpak kotor harus tuka perban tiap hari</li> <li>3. Luas luka jahitan laparatomi 10 cm</li> <li>4. Post op laparatomi dan kolostomi sudah hari ke3</li> </ol>	<p>Resiko</p> <p>Pelambatan pemuliahan pasca bedah</p>	<p>Kontaminasi</p> <p>pada sisi pembedahan</p>

--	--	--	--

### **3.4 Diagnosa Keperawatan**

- 3.4.1 Nyeri akut berhubungan dengan agens injuring fisik (pembedahan).
- 3.4.2 Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketiada kemampuan mencerna makanan.
- 3.4.3 Gangguan pola tidur berhubungan dengan Halangan lingkungan.
- 3.4.4 Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan Kontaminasi pada sisi pembedahan.

### 3.5 INTERVENSI

No	DIAGNOSA	NOC	NIC
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agens injuring fisik (pembedahan).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang</p> <p>Tujuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain level</li> <li>• Pain control</li> <li>• Comfrot level</li> </ul> <p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu mengotrol nyeri (tahu penyebab</li> </ul>	<p>1.Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi fekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</p> <p>2.Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</p> <p>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien</p> <p>4. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpesonal).</p> <p>5. Monitor tanda-tanda sebelum dan sesudah</p>

		<p>nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri , mencari bantuan).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaporkan bahwa nyeri dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>• Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri</li> <li>• Menyatakan rasa</li> </ul>	<p>pemberian analgesik pertama kali</p> <p>6. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</p> <p>7. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.</p>
--	--	---	--

		nyaman setelah nyeri berkurang	
2.	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketiada kemampuan mencerna makanan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selaman 3x24 jam Tujuan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monutrional status :Food and fluid intake</li> </ul> KH : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu mengotrol nyeri pada klien</li> <li>• Melaporkan bahwa nyeri berkurang</li> <li>• Mengatakan rasa</li> </ul>	1.Kaji adanya alergi makanan 2.Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan 3. Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 4. Yakinkan diet yang dimakan mengandung serat untuk mencegah konstipasi 5. berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 6. Monitor lingkungan saat makan 7. Monitor mual dan muntah



		nyaman setelah nyeri berkurang	
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan.	Selam dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam  Tujuan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiety reduction</li> <li>• Comfrot Level</li> <li>• Rest : Extent and patten</li> <li>• Sleep : Extentan patten</li> </ul> KH : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah jam tidur dalam batas normal 2-3 jam / hari</li> <li>• Pola tidur, kualitas dalam batas normal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur</li> <li>2. Ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>3. Monitor waktu makan dan minum denga waktu tidur</li> <li>4. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</li> </ul>	
4.	Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan kontaminasi pada sisi pembedahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>Tujuan :</p> <p>Pemulihan pembedahan :</p> <p>Penyembuhan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan area pembedahan</li> <li>2. Kontrol infeksi</li> <li>3. Pemberian obat antibiotik</li> <li>4. Manajemen nutrisi : Terapi nutrisi</li> </ol>



### 3.6 IMPLEMENTASI

NO	Tgl dan hari	Diagnosa	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi
1.	6 Juli 2018, Rabu	Nyeri akut berhubungan dengan agens injuring fisik (pembedahan).	10.00	1. Melakukan tindakan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi fekuensi, kualitas dan faktor presipitasi dengan menggunakan cara PQRST	14.00	DS: 1.Klien mengatakan masih nyeri pada bagian operasi laparotomi dan kolostomi terasa seperti ditusuk-tusuk apabila ada rangsangan mau
			10.10	2.Melakukan observasi reaksi nonverbal dan ketidak nyamanan (seperti klien memengang abdomanya karena sakit, ekspresi wajah klien yang meringis kesakitan).	14.12	batuk. 2.Klien mengatakan masih tidak bisa bergerak dengan bebas karena inisiasi pembedahan
			10.30	3.Melakukan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui	14.15	3.Klien mengatakan masih tidak nyaman dan gelisah dengan kolostominya

			10.45	pengalaman nyeri klien 4. Melakukan pemilih dan lakukan penanganan nyeri (dengan teknik relaksasi, Mengatur posisi klien senyaman mungkin, rapikan alas tempat tidur klien	14.20	4.Klien memintak tolong untuk menukar kantong kolostominya itu dengan yang bersih  <b>DO :</b> 1.Klien tanpak masih meringis kesakitan.
			11.30	5. Memeriksa tanda-tanda vital(TD, nadi, RR, suhu) sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	14.20	2.Klien tanpak masih gelisah 3.Klien tanpak masih sakit ketika dilakukan palpasi pada abdomen
			13.00	6. Memberikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.	14.30	4.Skala nyeri 6
			13.30	7.Mengevaluasi tindakan efektivitas analgesik, tanda dan gejala.	14.35	5.TTV: <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD:130/80 mmHg</li> <li>• N :88 x/i</li> <li>• RR :20 x/i</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• S : 36,1°C\</li> </ul> <p>Terapi obat yang diberikan</p> <p>Metronidazole 3 x 1 hari /mg</p> <p>Omeperazole 1 x 1 hari /mg</p> <p>Infus RL 500 cc, 20 tetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak mampu melakukan teknik relaksasi dan juga klien mampu mengubah posisi dengan semi fowler</li> <li>• Ekspresi wajah klien sudah mulai rileks</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p>
--	--	--	--	--	--

						<p>P : Intervensi dilanjutkan ke</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan (seperti klien memengang abdomennya karena sakit, ekspresi wajah klien yang meringis kesakitan).</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> <li>3. Memberikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</li> </ol>
--	--	--	--	--	--	--

2.	6 Juli 2018, Rabu	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketiada kemampuan mencerna makanan.	08.00	1.Melakukan pengkaji adanya alergi makanan(mis, makanan laut, yang tinggi protein,	14.00	DS : 1.Klien masih mengatakan kurang nafsu makan 2.Klien masih mengatakan berat badanya menurun dari 68 kg sekarang 38 kg 3. Klien masih mengatakan mual ketika mau makan  <b>DO :</b> 1.Klien tampak masih lemas 2. Klien tampak masih susah untuk tidak menghabiskan makananya karena
			09.00	2.melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan	14.00	
			09.00	3. Memberitahu kepada klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C(mis, makan ikan salmo, makan buah jeruk, pepaya, mangga, apel, nanga.)	14.00	
			09.10	4. Menyakinkan diet yang dimakan mengandung serat untuk mencegah konstipasi	14.00	



			09.12	5. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	14.00	setiap makan akan merasakan mual, porsi makanan yang
			10.11	6. Memonitor lingkungan saat makan (nyaman, jauh dari keramaian, tidak berisik).	14.00	dihabiskan oleh klien hanya 2 sendok makan saja.
			12.00	7. Memonitor mual dan muntah(saat makan, atau sesudah makan).	14.15	3.Klien tampak masih tidak bersemangat 4.Berat badan klien : 38 kg dari 68 kg A: Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1.Menganjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 2. Menyakinkan diet yang dimakan

						<p>mengandung serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>3. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>4. Memonitor lingkungan saat makan</p>
3.	6 Juli 2018, Rabu	Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan	10.00	1. Medeterminasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur	14.00	DS:
			10.00	2. Menciptakan lingkungan yang nyaman	14.00	1. Klien masih mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan sangat mengganggu
			10.00	3. Memonitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur	14.00	2. Klien masih mengatakan kurang puas untuk tidur
			10.00	4. Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat	14.00	3. Klien mengatakan hanya tidur 4-5 jam

					<p>pada malam hari saja.</p> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak lemas</li><li>2. Klien tampak tidak nyaman dengan lingkungannya</li><li>3. Klien tampak matanya seperti mata panda</li></ol> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menciptakan lingkungan yang nyaman</li></ol>
--	--	--	--	--	---

4.	6 Juli 2018, Rabu	Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan kontaminasi sisi pembedahan.	10.30  10.30 10.30  11.20	1.Melakukan perawatan area pembedahan  2.Mengontrol infeksi  3.Memberikan obat antibiotik  4.Memanajemen nutrisi : Terapi nutrisi	14.00  14.00 14.00  14.00	DS: DO: 1.Klien masih tampak gelisah 2.Kantong kolostomi pasien tampak kotor harus tuka perban tiap hari 3.Luas luka jahitan laparatomi 10 cm 4. pos op laparatomi terjadi sudah hari ke 3 A: Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
----	----------------------	---	--	--	--	--

5.	7 Juli 2018, Kamis	Nyeri akut berhubungan dengan agens injuring fisik (pembedahan).	09.30	1.Mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan (seperti klien memengang abdomena karena sakit, ekspresi wajah klien yang meringis kesakitan).	13.00	DS :
			10.30	2.Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	13.00	1.Klien masih mengatakan nyeri pada bagian operasi laparatomi dan kolostomi sudah mulai berkurang 2.Klien mengatakan sudah bisa bergerak pelan-pelan untuk mengubah posisi tidur dan sesekali sudah mencoba untuk duduk tapi sebentar
			13.00	3.Memberikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.	13.15	DO : 1. Klien tampak sudah mulai mau memaksakan untuk duduk

						<p>2. Klien sudah bisa melakukan teknik relaksasi jika nyerinya terasa</p> <p>3. Klien wajahnya tampak sudah bersemangat, sudah mulai berinteraksi dengan teman dekat bednya.</p> <p>4. TTV TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 22 x/menit Suhu : 36.7°C Terapi obat yang diberikan Metronidazole 3 x 1 hari /mg</p>
--	--	--	--	--	--	--

						Omeperazole 1 x 1 hari /mg A: Masalah telah teratasi P : Intervensi dihentikan karena klien pulang.
6.	7 Juli 2018, Kamis	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketiada kemampuan mencerna makanan.	08.00  08.00  09.00  09.00	1.Mengevaluasi kemabali kepada klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 2. Menganjurkan diet yang dimakan mengandung serat untuk mencegah konstipasi 3.Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 4.Memonitor lingkungan saat makan(nyaman, jauh dari keramaian, tidak	12.00  12.00  12.00  12.00	DS : 1.Klien mengatakan sudah mulai menghabiskan bubur yang dikasi oleh rumah sakit. 2.Klien mengatakan masih teras mual ketika mau makan tapi klien tetap memaksanya DO: 1.Klien masih tanpak susah menghabiskan

				berisik).		<p>makananya, hanya bisa menghabiskan setengah porsi saja.</p> <p>2. klien sudah mulai ceria</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan karena klien pulang intervensi dilanjutkan oleh keluarga di rumah.</p>
7.	7 Juli 2018 Kamis	Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan.	12.00	1.Menciptakan lingkungan yang nyaman	14.00	<p>DS :</p> <p>1.klien mengatakan sudah mulai tertidur saat malam hari dan bangun pada pagi hari</p> <p>DO :</p>



						Klien sudah mulai besemangat dan rileks A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan karena klien pulang
8.	7 Juli 2018 Kamis	Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan kontaminasi sisi pembedahan.	09.00  09.00	1.Melakukan perawatan area pembedahan perhari  2.Mengontrol infeksi	12.00  12.00	DS: DO: 1.Luka klien sudah mulai membaik dan tidak basah lagi 2.jahitan luka klien mulai bagus A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan karena klien pulang

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Pembahasan**

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan “Post op Laparatomi dan Kolostomi pada Ca Colon di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri lantai 2” RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggidi tanggal 06 sampai 08 Juni 2018. Beberapa hal yang perlu dibahas, disini penulis menemukan faktor-faktor penghambat dan terdapat pula faktor pendukung dari kasus yang penulis ambil.

Dalam penerapan kasus keperawatan tersebut penulis telah berusaha mencoba menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Ilius Obstruksi sesuai dengan teori-teori yang ada untuk melihat lebih jelasnya sejauh mana kegiatan dapat dilakukan serta keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan proses keperawatan dinilai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

##### **4.4.1 Pengkajian**

Berdasarkan tinjauan teoritis tentang pengkajian pada pasien Post op Laparatomi dan kolostomi Ca Colon sesuai dengan tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus pada pengkajian Ny.Y yang berumur 52 Tahun dengan Post op Laparatomi dan Kolostomi dengan Indikasi Ca Colon. Di tinjau teoritis penulis mendapatkan.

Alasan masuk :

Klien merasakan nyeri pada

Abdomen, biasanya mengganggu aktivitas klien, biasanya disertai dengan mual dan muntah, mengalami perubahan pola BAB, biasanya klien mengalami diare dengan disertai keluarnya darah. Sedangkan di kasus penulis mendapatkan Alasan masuk : klien masuk pada tanggal 25 Mei 2018 dengan keluhan klien perut sakit yang berkepanjangan, perut bengkak sebelah kiri bawah, dan BAB encer berwarna hitam dan berdarah, berat badan menurun secara cepat 3 bulan terakhir dari 68 kg menjadi 38 kg, klien susah tidur, klien mengatakan susah makan sejak 3 bulan ini.

Riwayat Kesehatan Sekarang :

Biasanya klien merasakan nyeri dibagian abdomen karena sudah melakukan tindakan pembedaha, biasanya klien kurang nafsu makan, kelelahan dan lesu. Riwayat kesehatan sekarang klien sudah 3 hari telah dilakukan operasi laparotomi dan kolostomi pada dilakukan pengkajian keluhan yang dirasakan klien ketidak nyamana pada pembedahan, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, kurangnya nafsu makan, terganggunya waktu tidur karena sakit yang di rasakan, klien tampak lesu dan lemas, BAB klien pakai kantong kolostomi ditukar 1x sehari, BAK klien 4 x sehari, klien memiliki luka jahit sepanjang 10 cm, luka klien bersih dan kering tidak ada cairan saat

dilakukan perawatan luka. Klien minum susu 3 x 1 gelas /hari, minum air putih 1-2 gelas sehari.

Riwayat Penyakit dahulu :

Klien apa pernah mengalami operasi, riwayat penyakit tumor, atau memang ada gejalanya dari dulu, sedangkan dikasus terdapat klien pernah mengalami pembengkakan payudara dan mengalami nyeri tapi klien hanya berobat di alternatif sejak di obatkan rasa salitnya berkurang.

Riwayat Kesehatan Keluarga :

Apakah keluarga mempunyai penyakit yang sama dengan klien, apakah ada yang menderita DM, kanker, hipertensi, asma . Sedangkan di kasus penulis mendapatkan : Keluarga klien ada yang menderita ca mameae.

Pemeriksaan fisik :

Biasanya klien mengalami penurunan pertahanan tubuh, biasanya peningkatan tanda-tanda vital, mulut klien mengalami kering dan puct, lidah pecah-pecah dan berbau, mengalami distensi vena jugularis, distensi abdomen adany teraba massa, penurunan bissing usus, disertai kembung, tugor kulit jelek, dan kering, dehidrasi dan malnutrisi. Pada aktivitas dan istirahat klien Biasanya kelemahan, kelelahan, malaise,

cepat lelah, merasa gelisah dan ansietas, tidak tiduran semalaman karena akibat reaksi nyeri sudah pembedahan. Pernafasan biasanya klien nafas pendek, dispnea, Sirkulasi biasanya takikardi, Biasanya ansietas ketakutan, emosi kesal, missal : perasaan tak berdaya /tak ada harapan.

Sedangkan di kasus penulis mendapatkan Pemeriksaan Fisik : pengakajian yang dilakukan sudah hari ke 3 setelah operasi laparatomi dan kolostomi dengan data keadaan composmetis, Sistem Kardiovaskuler : iktus cordis tidak teraba, tidak terdapat sianosis, iktus cordis teraba pada intercosta v, pekak, terdengar bunyi jantung reguler I dan II normal. Sistem Respirasi : dada simetris kiri dan kanan, pergerakan dada normal, frekuensi nafas 20x/mnt, disekitar dada tidak ada lika atau lecetan. Tidak ada pembengkakan sekitar dada, getaran dinding dada sama. Terdengar bunyo sonor pada kedua lapang paru. Bunyi nafas vesikur/ normal, whezing (-), ronchi (-). Sistem Gastrointestinal : teradapat luka operasi  $\pm$  10 cm, keadan luka tampak kering di bagian b, jahitan rapi dan saat luka di pencet waktu di bersihkan luka tidak ada mengeluarkan cairan. Terdengan bunyi bising usus 6 x/mnt, terdapat nyeri tekan di sekitar luka, terdengan bunyi tympani. Sistem Integumen : Turgor kulit kering, dan jelek warna kulit sawo matang, tidak ada lesi pada kulit, tidak ada oedema, tidak ada sianosis. Tanda dan gejala penderita ca colon pendarahan rektal,

perubahan pola buang air besar, nyeri perut, ada massa di abdomen, anemia.

#### **4.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan teoritis ditemukan 6, sebelum operasi ada 3 diagnosa sesudah operasi 3 diagnosa keperawatan, dari ke 6 diagnosa ada diagnosa yang tidak sama tapi dia ada di kasus sedangkan di teoritis tidak ada yaitu:

a. Pree operasi

- 1) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan imobilisasi.
- 2) ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.
- 3) Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam (status kesehatan).

b. Post Operasi

- 1) Resiko infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan)
- 3) Gangguan citra tubuh berhehubungan dengan Penyakit, Cedera

Sedangkan yang tidak ada di tinjauan teoritis

- 1) Gangguan pola tidur berhubungan dengan mobilisasi
- 2) Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan hambatan mobilisasi

Penulis mengangkat diagnosa pertama, Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (pembedahan), pada saat pengkajian luka operasi sudah hari ke 3, luka jahit 10 cm, klien tampak memengang perutnya lalu meringis, gelisah, klien tampak susah untuk bergerak, tanda- tanda vital klien meningkat nadinya 100 x/menit, TD 130/80 mmHg, RR 20x/menit

Diagnosa kedua, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, data yang didapatkan klien kurang nafsu makan hanya minum susu, sering merasakan mual ketika mau minum susu, berat badan klien menurun dari 68 kg turun menjadi 38 kg, klien tampak tidak bersemangat.

Diagnosa ketiga, Gangguan pola tidur berhubungan dengan imobilisasi, data yang didapatkan, klien matanya seperti mata panda, klien tampak lemas, klien tampak tidak nyaman dengan kondisinya yang sekarang, klien mengatakn kurang puas untuk tidur, klien hanya tidur 4-5 jam pada malam hari.

Diagnosa keempat, Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan hambatan mobilisasi, data yang didapat

kan kantong kolostominya tanpa kotor, jika tidak ditukar dengan cepat akan menyebabkan infeksi bakteri, luka jahit 10 cm.

#### **4.4.3 Intervensi**

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, klien, keluarga, dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan (Asmadi, 2008).

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori yang dapat diterapkan pada saat pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut tindakan yang diberikan yang diperlukan dan berdasarkan keluhan klien saat dilakukan pengkajian.

- a) Diagnosa pertama, Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan) ada 26 intervensi di teoritis tapi penulis hanya mengambil beberapa intervensi yang sesuai dengan kebutuhan klien dan dari hasil data yang didapatkan, ada 7 intervensi (kaji nyeri secara komprehensif, observasi non verbal ketidaknyamanan klien, ajarkan teknik non farmakologi, kolaborasi dengan farmakologi, berikan analgesik setiap waktu terutama pada terasa



nyeri hebat, evaluasi aktivitas atau reaksi analgesik, gunakan teknik komunikasi terapeutik).

b) Diagnosa kedua, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, ada 26 intervensi diteoritis tapi penulis hanya mengambil beberapa intervensi yang sesuai dengan data yang didapatkan dan pada kebutuhan klien, ada 7 intervensi (kaji alergi klien, kolaborasi dengan ahli gizi, anjurkan klien untuk memperbanyak makanan mengandung vitamin c dan tinggikan protein, berikan informasi kebutuhan nutrisi, monitor mual dan muntah, nyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat).

c) Diagnosa ketiga, Gangguan pola tidur berhubungan dengan imobilisasi, ada 4 intervensi diteoritis dan ditinjau kasus(determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur, ciptakan lingkungan yang nyaman, monitor tanda-tanda vital, jelaskan tidur yang adekuat).

d) Diagnosa keempat, Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan hambatan mobilisasi, ada 4 intervensi yang dibutuhkan oleh klien dan data yang didapatkan(perawatan areaan pembedahan, kontrol infeksi, pemberian obat antibiotik, manajemen nutrisi: terapi nutrisi).

#### **4.4.4 Implementasi**

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan.(Asmadi, 2008).

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a) Diagnosa pertama

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan), ada 26 implementasi yang ada di teoritis tetapi hanya ada 7 diterapkan kasus (mengkaji nyeri secara komprehensif, mengobservasi non verbal ketidak nyamana klien, mengajarkan teknik non farmakologi, mengkolaborasi dengan farmakologi, memberikan analgesik setiap waktu terutama pada terasa nyeri hebat, mengevaluasi aktivitas atau reaksi analgesik, megunakan teknik komunikasi terapeutik).

b) Diagnosa kedua

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan, ada 26 implementasi yang ada diteoritis tetapi yang diterapkan hanya 7 implementasi (mengkaji alergi klien, mengkolaborasi dengan ahli gizi, menganjurkan klien untuk memeperbanyak makanan mengandung vitamin c dan tinggin protein, memberikan informasi kebutuhan nutrisi, memonitor mual dan muntah, menyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat).

c) Diagnosa ketiga

Gangguan pola tidur berhubungan dengan imobilisasi, ada 4 implementasi diterapkan tinjauan kasus (melkukan determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur, menciptakan lingkungan yang nyaman, memonitor tanda-tanda vital, menjelaskan tidur yang adekuat).

d) Diagnosa keempat

Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan denga hambatan mobilisasi, ada 4 implementasi yang dibutuhkan oleh klien dan data yang didapatkan (melakukan perawatan arean pembedahan, mengontrol infeksi, memberian obat antibiotik, memamanajemen nutrisi: terapi nutrisi).

#### **4.4.5 Evaluasi**

Dari 4 diagnosa yang penulis tegakkan dan 4 diagnosa yang dilakukan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan hampir semua tindakan mencapai perkembangan, meski pencapaian belum optimal perlu kerjasama antara penulis dan klien, keluarga dan tim kesehatan yang lainnya. Penulis mengevaluasi selama 2 hari berturut-turut dari tanggal 06 Juni 2018 - 07 Juni 2018.

- 1) Diagnosa pertama, Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan).
  - a. Pada hari pertama evaluasi pada hari Rabu 06 Juni 2018, **S:** -  
**O** : Saat dilakukan evaluasi klien terlihat memengang perutnya, lalu terlihat meringis, tampak gelisah skala nyeri 6, pada saat dilakukan tanda-tanda vital TD : 130/80 mmHg, Nadi 100x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,1°C, **A:** Masalah belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan.
  - b. Pada hari kedua evaluasi hari Kamis 07 Juni 2018, **S:- O:** klien sudah mulai memaksakan untuk bergerak, klien sudah mulai melakukan teknik relaksasi ketika nyeri itu terasa, klien tampak sudah mulai rileks, tanda-tanda vital klien 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 22x/menit, suhu 36,7°C, **A:** masalah telah teratasi, **P:** Intervensi dihentikan klien pulang.

- 2) Diagnosa kedua, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.
- a. Pada hari pertama, **S:- O:** Klien tanpak lemas, klien susah menghabiskan makanan yag berupa susu satu gelas dan merasakan mual, klien tidak bersemangat, **A:** masalah belum teratasi, **P:** Intervensi dilanjutkan.
  - b. Pada hari kedua, **S:- O:** Klien tanpak susah menghabiskan makananya hanya setengah porsi saja, klien sudah mulai ceria, **A:** masalah belum teratasi, **P:** intervensi dihentikan karena klien pulang dilanjutkan oleh keluarga dirumah
- 3) Diagnosa ketiga, Gangguan pola tidur berhubungan dengan imobilisasi.
- a. Pada hari pertama, **S:- O:** klien tanpak lemas, klien tanpak gelisah, klien tanpak matanya seperti mata panda, **A:** masalah belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan.
  - b. Pada hari kedua, **S:- O:** klien sudah mulai bersemangat dan rileks, **A:** masalah teratasi, **P:** intervensi dihentikan klien pulang.
- 4) Diagnosa keempat, Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan denga hambatan mobilisasi.

a. Pada hari pertama, **S:- O:** Klien tampak gelisah dengan kantong kolostominya, kantong kolostominya hanya ditukar 1x sehari saja, luas luka jahitan klien 10cm, luka terlihat kering, dan jahitannya sudah bagus, **A:** masalah belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan.

b. Pada hari kedua, **S:- O:** Klien sudah terlihat terbiasa dengan kondisi saat ini, klien sudah mulai mau bergerak duduk, **A:** Masalah belum teratasi, **P:** intervensi dihentikan klien pulang.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien Ny.Y dengan Post Laparatomi dan Kolostomi Ca Colon dapat disimpulkan bahwa ca colon merupakan keganasana yang berasal dari jaringan usus besar yang perlu tindakan lanjut dari dokter dan tim medis lainnya, Maka dari itu penulis melakukan asuhan keperawatan kepada klien Ny.Y yaitu dari hasil:

##### 1) Pengkajian

Klien mengatakan nyeri pada bagian operasi laparatomi dan kolostominya, klien juga tidak nafsu makan, klien mengatakan susah bergerak, berat badan klien turun 68 kg-38 kg pada saat sakit, klien mengatakan tidak bisa tidur hanya tidur 2-3 jam pada di malam hari, klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya yang sekarang, klien merasakan cemas dengan kondisinya sekarang, skala nyeri klien 6.

##### 2) Pada diagnosa asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca Colon di ruang rawat inap Bedah Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 dapat dirumuskan 4 diagnosa pada tinjauan kasus :

- Nyeri akut berhubungan dengan agens injuring fisik (pembedaha)

- Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketiadaak mampuan mencerna makanan.
  - Gangguan pola tidur berhubungan denagan imobilisasi.
  - Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan hambatan mobilisasi.
- 3) Intervensi yang dilakukan kepada klien berdasarkan pada prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teoritis dapat ditegakan pada kasus kelolaan karena rencana tindakan pada kasus harus disesuaikan dengan kebutuhan klien atau keluhan klien.
- 4) Implementasi yang dilakukan kepada klien berdasarkan kebutuhan klien, tidak semua tindakan harus di implementasikan karena itu hanya membuang waktu saja, maka dari itu penulis hanya melakukan implementasi sesuai kebutuhan klien.
- 5) Evaluasi hampir semua mencapai perkembangan, meski pencapaian belum optimal karena intervensi dan implementasi dihentikan karena klien pulang, maka untuk mencapai hasil yang optimal juga perlu adanya kerjasama antara penulis dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.



## 5.2 Saran

### 1) Bagi penulis

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan Ca colon dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program studi DIII keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes ) Perintis Padang.

### 2) Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan bagi institusi pendidikan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus tentang asuhan keperawatan ca colon dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebagai informasi awal.

### 3) Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan, perawat yang ada dirumah sakit untuk mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan klien dengan Ca colon.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.Y  
DENGAN POST OPERASI LAPARATOMI DAN  
KOLOSTOMI ATAS INDIKASI CA COLON  
DIRUANGAN RAWAT INAP BENDAH LANTAI  
2 AMBUN SURI RSUD DR.ACHMAD  
MOCHTAR BUKITINGGI  
TAHUN 2018

**AHMAD FANDI**  
**1514401001**

# LATAR BELAKANG

Di Amerika Serikat, Ca colon merupakan penyebab kematian akibat kanker nomor tiga pada wanita dan nomor dua pada pria. Diperkirakan pada tahun 2017 angka kematian akan mencapai 50.260 jiwa akibat ca colon (American Cancer Society, 2016).

Kasus ca colon di Indonesia pada perempuan adalah terbanyak ketiga setelah kanker payudara dan kanker serviks(American Cancer Society, 2017).

Pada tingkat Sumatera Barat terdapat peningkatan kasus ca colon pada tahun 2015 sekitar 5,1% Pada tahun 2016 tercatat 5,8% kasus kanker kolorektal. Dalam periode 2 tahun terakhir ini (pada tahun 2016-2017) di Bukittinggi tepatnya RSUD.Dr.Achmad Muchtar Bukittinggi, khususnya menurut data rekam medis terdapat 187 kasus ca colon.

# PENGERTIAN

ca colon adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus).

Laparotomi berasal dari dua kata terpisah, yaitu laparo dan tomi. Laparo sendiri berarti perut atau abdomen sedangkan tomi berarti penyayatan. Sehingga laparotomi dapat didefinisikan sebagai penyayatan pada dinding abdomen atau peritoneal. Istilah lain untuk laparotomi adalah celiotomi.( Fossum, 2002)

Kolostomi adalah pembuatan sebuah lubang di dinding abdomen untuk mengeluarkan feses. Bisa bersifat sementara, tapi bisa juga bersifat permanen.

# Etiologi

Penyebab dari kanker kolon ini belum diketahui pasti tetap berdasarkan American Cancer Society tahun (2014):

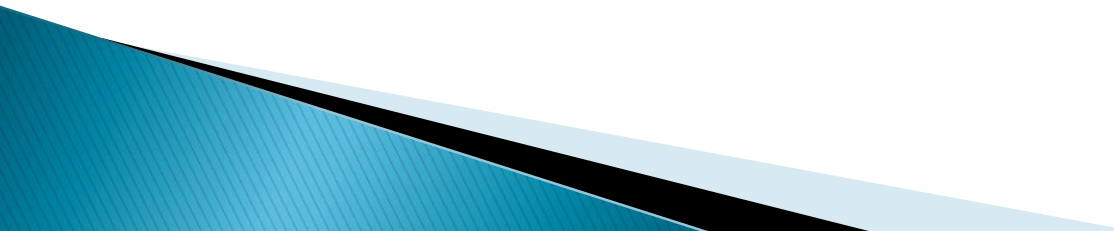
- ▶ Tidak Dapat dimodifikasi

1. Keturunan dan riwayat keluarga
2. Riwayat polip adenomatous

- ▶ Dapat Dimodifikasi

1. Aktifitas Fisik
2. Obesitas
3. Diet
4. Merokok
5. Alkohol

# MANIFESTASI KLINIS

- ▶ Perdarahan rektal
  - ▶ Perubahan pola buang air besar
  - ▶ Nyeri perut
  - ▶ Kehilangan darah kronis
  - ▶ Massa abdomen.
  - ▶ Penurunan berat badan, kehilangan nafsu makan.
- 

# PATOFISIOLOGI

Pertumbuhan kanker dapat menghasilkan efek sekunder, meliputi penyumbatan lumen usus dengan obtruksi dan ulserasi pada dinding usus serta pendarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan perforasi dan abses, serta timbulnya metastase pada jaringan lain.

Menurut Diyono (2013), tingkatan ca colon dari duke sebagai berikut

- ▶ Stadium 1 : Hanya terbatas pada mukosa kolon (dinding rectum dan kolon).
- ▶ Stadium 2 : Menembus dinding otot, tapi belum metatase.
- ▶ Stadium 3 : Melibatkan kelenjar limfe.
- ▶ Stadium 4 : Metatase kelenjar limfe yang berjauhan dan organ lain.

# PENATALAKSANAAN

- ▶ Medis

1. Pembedahan
2. Terapi kemoterapi

- ▶ Perawat

1. Pre operasi

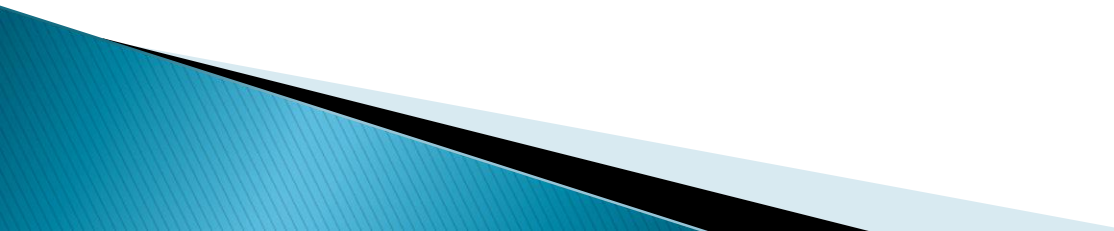
Perawat pre operasi klien sering ditemukan dengan penurunan berat badan dan perubahan kebiasaan buang air besar.

2. Post operasi

Setelah klien keluar dari ruangan ICU keruangan perawatan, perawat tetap melakukan pengkajian dan intervensi seperti pada ruangan perawatan intensif.



# Pemeriksaan penunjang

- ▶ Digital Rectal Examination (DRE)
  - ▶ Double-contrast barium enema
  - ▶ Fecal Occult Blood Test (FOBT)
  - ▶ Sigmoidoscopy
  - ▶ Scan (misalnya, MR1. CZ: gallium) dan ultrasound
  - ▶ Biopsi (aspirasi, eksisi, jarum)
- 

# Pengkajian

- ▶ Nama: Ny.Y
- ▶ Umur :52 Tahun
- ▶ Jenis kelamin :Perempuan
- ▶ Status :Janda
- ▶ Agama :Islam
- ▶ Pekerjaan :Ibu Rumah Tangga
- ▶ Pendidikan :SMA
- ▶ Alamat :Surau Gadang 4  
angkek
- ▶ Penanggung Jawab
- ▶ Nama :Ny .D
- ▶ Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- ▶ Umur :25 Tahun
- ▶ Hub .Keluarga : Anak kandung
- ▶ No.MR : 491050
- ▶ Ruangan Rawat: Bedah Ambun Suri  
Lantai 2
- ▶ Tgl Masuk RS : 25 Mai 2018
- ▶ Tgl Pengkajian : 06 Juni 2018
- ▶ Tgl Operasi : 03 Juni 2018

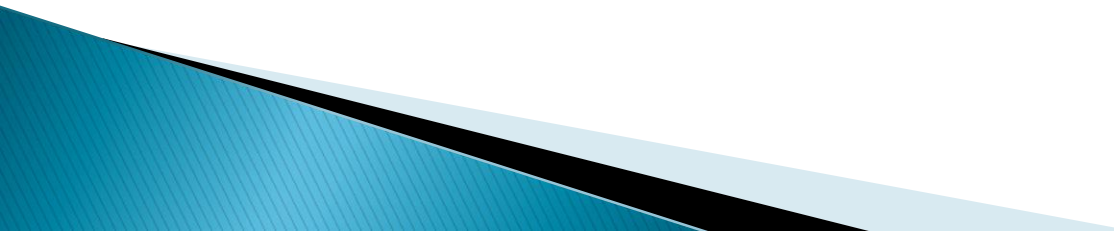
# ALASAN MASUK

Klien masuk ke IGD pada tanggal 25-Mai -2018 hari Jum'at pukul 10:30 Wib, dengan alasan masuk perut sakit yang berkepanjangan ,perut bengkak sebelah kiri bawah, dan BAB encer berwarna hitam dan berdarah, berat badan turun secara cepat 3 bulan terakhir sekitar 68 kg turun menjadi 38 kg, klien susah tidur, klien mengatakan susah makan sejak 3 bulan ini.

# RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

Saat dilakukan pengkajian pada Tanggal 06 juni 2018 pukul 12.00 wib klien mengatakan nyeri pada bagian operasi laparatomi dan kolostomi klien karena baru hari ke 3, klien merasakan tidak nafsu makan, klien mengatakan berat badanya turun dari 68 kg menjadi 38 kg pada saat sakit, klien juga mengatakan susah bergerak karena insisi pebedahan, klien mengatakan tidak nyaman dan gelisah dengan kolostominya, klien mengatakan untuk menukar kantong kolostominya dengan yang bersih, klien mengatakan cemas akan terjadi pelambatan penyembuhan lukanya, Skala nyeri 6

# R. KESEHATAN DAHULU

- ▶ Klien mengatakan pernah mengalami pembengkakan payudara sebelah kanan lebih kurang 3 tahun lamanya. klien menanggung nyeri di mamaenya, namun klien membawa berobat ke alternatif sekarang sakitnya mulai berkurang.
- 

# R. KESEHATAN KELUARGA

- ▶ keluarga klien mengatakan nenek klien mengalami kanker mammae

# Pemeriksaan fisik

## Pemeriksaan Fisik

- ▶ Kesadaran : Composmetis E :4 V:5 M:6
- ▶ BB/TB : Sehat( 69 kg), Sakit( 38kg), tinggi badan sehat sakit(155 cm).
- ▶ Tanda Vital : TD :130/80 mmHg  
RR : 20x/menit  
N :100 x/menit  
S : 36,1°C

## ▶ Abdomen

I : Perut terlihat datar, terlihat sternal, terlihat luka jahitan 10 cm, bekas luka terlihat bersih dan bagus ada kolostomi terletak sebelah kiri abdomen.

P : Nyeri tekan pada bagian area kolostomi dan abdomen bekas operasi

P : Tidak ada terdengar suara timpani ketika di perkusi

A : Pada di dengar kan dengan stetoskop bising usus klien 6 x/i



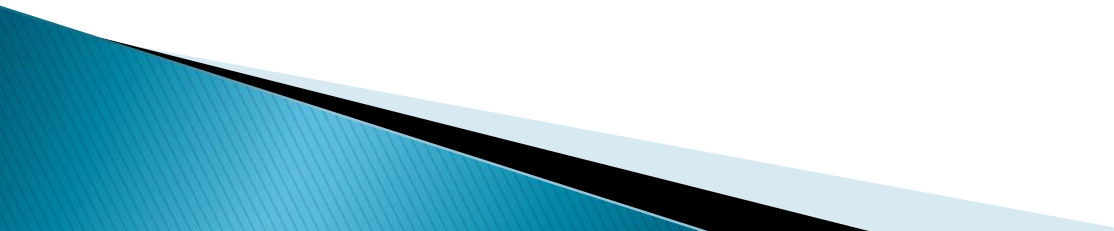
# Data penunjang

F:\KTI FANDI\folder yang dikirim\Data penunjang Bab  
3.docx

# ANALISA DATA

- ▶ F:\KTI FANDI\folder yang dikirim\analisa data.docx

# Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens injuring fisik (pembedahan).
  2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketiadaak mampuan mencerna makanan.
  3. Gangguan pola tidur berhubungan denagan imobilisasi.
  4. Resiko pelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan hambatan mobilisasi.
- 

# Intervensi

- ▶ [F:\KTI FANDI\folder yang dikirim\Intervensi bab 3.docx](#)

# Implementasi

F:\KTI FANDI\folder yang dikirim\KTI BANG FANDI  
BAB 3.docx

# PEMBAHASAN

F:\KTI FANDI\folder yang dikirim\BAB IV.docx

# Kesimpulan

F:\KTI FANDI\folder yang dikirim\BAB V.docx

## DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society, 2014. Cancer facts and figures .  
<http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2014/index>. ( diakses 30 Juli 2017).
- Arif Muttaqin & Kumala Sari ,2011.*Gangguan Gastrointestinal(Aplikasi asuhan keperawatan medical bedah)*,Jakarta:Salemba medika.
- Black, M. J. & Hawks, H .J., 2009. Medical surgical nursing : clinical management for continuity of care, 8th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Brunner & Suddarth, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, alih bahasa: Waluyo Agung., Yasmin Asih., Juli., Kuncara., I.made karyasa, EGC, Jakarta.
- Diyono, Mulyanti, 2013. Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan, Dilengkapi Contoh Studi Kasus Dengan Aplikasi Nanda Nic Noc
- Fossum, T.W. (2002) *Small Animal Surgery*, ed 2<sup>nd</sup> Mosby, St. Lois London. Philadelphia sydney. Toronto.
- Hingorani, M., dan Sebag-Montefiore, D., 2011. *Oxford Desk Reference Oncology*. United States: Oxford
- Johns Hopkins Medicine Colon Cancer Centre, 2015. *Colorectal Cancer Overview*. Available from
- Kozier,Barbara,(2009). *Fundamental of Nursing*,Caloifornia :Copyright by.Addist Asley Publishing Company
- Kumar, Vinay, Cotran, et al. 2007. *Buku Ajar Patologi Anatomi Edisi 7 Vol. 2*. Jakarta : EGC pp 367-378
- Nurarif, Amin Huda & Hardhi Kusuma. 2015, *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*: Jogja: Mediaction Publishing.
- Thankamma, Barrett, A., Hatcher, H., et al. 2011. *Oxford Desk Reference Oncology*. United States: Oxford.



Wendy, Y.M., 2013. Carsinoma Colorektal. Available from:  
<http://yuhardika.com/2013/05/carsinoma-colorektal.html> [Accessed on 22  
April 2015.

Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. 2013. Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan  
Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta : Nuha Medika.

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Ahmad Fandi

Nim : 1514401001

Pembimbing 2 : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y dengan Post Laparatomi dan Kolostomi atas Indikasi Ca Colon di ruangan inap bedah ambun suri lantai 2 di rumah sakit Dr.Acmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

NO	Hari /Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.		Konsul Pembati	
2.		Acc Orjala	
3.			
4.			
5.			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Ahmad Fandi

Nim : 1514401001

Pembimbing 1 : Ns. Kalpana Kartika, M.si

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y dengan Post  
Laparotomi dan Kolostomi atas Indikasi Ca Colon di ruangan inap bedah ambun  
suri lantai 2 di rumah sakit Dr.Acmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

NO	Hari /Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.		Perawatan Seri	
2.		Ases y&g	
3.			
4.			
5.			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN**






Nama Mahasiswa : Ahmad Fandi

Nim : 1514401001

Pembimbing : Ns.Vera Sesrianty,M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.Y dengan post laparotomi + kolostomi  
atas indikasi Ca Colon di ruangan rawat inap bedah ambun suri lantai II di rumah sakit

Dr.Acma Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1		Konsul Bab I 9 II - Perbaiki lat Bel - Perbaiki teori + WOC di paku fi	
2		Konsul Bab I - II - Perbaiki bab II - Perbaiki RRS, PF - Data Biologi	
3		Konsul Bab I - II Perbaiki senai saran	
4		Konsul Bab I - II - Perbaiki kapsul 2 sm	
5		Acc syikan	

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Ahmad Fandi

Nim : 1514401001

Pembimbing : Ns.Reni Susanti ,M.Kep,Sp.KMB

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan post laparotomi + Kolostomi  
atas indikasi Tumor Kolon di ruangan rawat inap bedah ambun suri lantai II di rumah sakit

Dr.Acmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	08- Juni-2018 Jum'at	layak pcyk. nutrisi	
2	08- Juni-2018 Jum'at	layak pcyk nyeri	
3		Tambah kan hsl <sup>2</sup> pcyk	
4			
5		Acc ur sigilic	

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS  
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG  
TA 2016/2017**

NAMA MAHASISWA : AHMAD Fandi  
 NIM : 1514401001  
 RUANGAN : AMBUN SURI Lantai 2  
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan keperawatan Pada Ny. y. dengan g.m.  
 La. Paratomi s-p.s. Tumor colou & colos. leu.

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu/06-06-2018	07.30		13.30		Rong
2	Kamis/07-06-2018	07.30		14.00		Rong
3	Jumat/08-06-2018	07.45		14.00		Rong

Bukittinggi, 09 - 06 - 2018

Ka Ruangan

Preceptor

(Beni Susanti, S.Kep., M. Kep., Ns.) SP. KEP., MB (Ms. Vera Sarianty, M. Kep.....)