**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGAN CA-RECTI POST MILES DI RUANG RAWAT INAP BEDAH WANITA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

****

**OLEH :**

**AULIA RAHMAD**

**14103084015436**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWTAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

 **PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGAN CA-RECTI POST MILES DI RUANG RAWAT INAP BEDAH WANITA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

**LAPORAN PENGAMATAN KASUS**

**Di Ajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Stikes Perintis Padang**

****

**OLEH :**

**AULIA RAHMAD**

**14103084015436**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWTAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2017**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukttinggi, Agustus 2017

Pembimbing

**Ns.Vera Sesrianty. M.Kep**

**NIK : 1440102110909052**

Mengetahui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan

STIKes Perintis Padang

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

**NIK : 1420123106993012**

**PERNYATAAN PENGUJI**

Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukttinggi, Agustus 2017

Penguji I,

**Ns.Aldo Yuliano, M.M**

**NIK : 1420130047501027**

Penguji II,

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

**NIK : 14401021109052**

**KATA PENGANTAR**

****

*Assalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Segala puji syukur bagi sang kholik yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya yang telah dilimpahkan sebagai sumber ketakutan hati dan peneguhan iman sampai akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Studi Kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** tanpa nikmat sehat yang diberikan-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Selama penulisan Laporan Studi Kasus ini, tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak yang telah memberikan arahan dan masukan yang membangun demi terselesaikannya penulisan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns.Endra Amelia, M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Stikes Perintis Padang.
3. Ibu Ns.Vera Sesrianti, M.Kep selaku pembimbing Akademik yang telah banyak memberi petunjuk, arahan yang sangat bermamfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus Ini.
4. Ibu Ns.Nonong Tri Senja, S.Kep,M.Kep selaku pembimbing Klinik di RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah banyak memberi petunjuk, arahan yang sangat bermamfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus Ini.
5. Staf perawat di Ruangan Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan semangat, untuk mengarahkan penulis selama praktek di ruangan.
6. Bapak Ibu Staf pengajar D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermamfaat bagi penulis.
7. Teristimewa kepada Ayahanda dan Ibunda serta adik, dan seluruh keluarga yang telah banyak memberikan dorongan dan semangat kepada penulis, baik moril maupun material secara do’a restu dan kasih sayang tulus dalam menggapai cita-cita.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini masih sangat sederhanadan jauh dari kesempurnaan, karena keterbatasan kemampuan penulis. Untuk itu dengan segala kerendahan hati dan tangan terbuka, penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifat membangun dari pembaca. Harapan penulis semoga Laporan Studi Kasus ini dapat bermamfaat bagi semua pihak, baik bagi penulis sendiri, maupun pembaca dikemudian ahri.

Bukittinggi, 02 Agustus 2017

 Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**PERNYATAAN PENGUJI**

**KATA PENGANTAR........................................................................................i**

**DAFTAR ISI.....................................................................................................iii**

**DAFTAR TABEL.............................................................................................v**

**DAFTAR GAMBAR........................................................................................vi**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang Masalah.....................................................................1
	2. Rumusan Masalah...............................................................................4
	3. Tujuan Penulisan.................................................................................4
		1. Tujuan Umum.........................................................................4
		2. Tujuan Khusus........................................................................5
	4. Mamfaat Penulisan...............................................................................6
		1. Bagi Penulis............................................................................6
		2. Bagi Institusi Pendidikan........................................................6
		3. Bagi Institusi Rumah Sakit......................................................6

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Konsep Dasar Ca-Recti.......................................................................7

2.1.1 Defenisi...................................................................................7

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi.............................................................7

2.1.3 Etiologi....................................................................................9

2.1.4 Faktor Resiko........................................................................11

2.1.5 Klasifikasi.............................................................................14

2.1.6 Patofisiologi..........................................................................16

2.1.7 Manifestasi Klinis.................................................................19

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang........................................................19

2.1.9 Penatalaksanaan....................................................................21

2.1.10 Komplikasi............................................................................26

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis...........................................................26

2.2.1 Pengkajian.............................................................................26

2.2.2 Diagnosa Keperawatan..........................................................30

2.2.3 Intervensi Keperawatan.........................................................31

2.2.4 Implementasi.........................................................................35

2.2.5 Evaluasi.................................................................................36

**BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian.........................................................................................38

3.2 Diagnosa Keperawatan.....................................................................51

3.3 Intervensi Keperawatan....................................................................52

3.4 Catatan Perkembangan......................................................................55

**BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian.........................................................................................63

4.2 Diagnosa Keperawatan.....................................................................64

4.3 Intervensi Keperawatan....................................................................65

4.4 Implementasi Keperawatan...............................................................68

4.5 Evaluasi.............................................................................................69

**BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan.......................................................................................71

5.1.1 Pengkajian..............................................................................71

5.1.2 Diagnosa Keperawatan..........................................................72

5.1.3 Intervensi Keperawatan.........................................................72

5.1.4 Implementasi Keperawatan....................................................72

5.1.5 Evaluasi..................................................................................72

5.2 Saran.................................................................................................73

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**DAFTAR TABEL**

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.................................................................33**

**Tabel 3.2 Data biologis....................................................................................46**

**Tabel 3.3 Hasil Laboratorium........................................................................48**

**Tabel 3.4 Analisa data.....................................................................................51**

**Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.................................................................54**

**Tabel 3.6 Catatan Perkembangan..................................................................57**

**DAFTAR GAMBAR**

**Gambar 2.1 Anatomi Rektum..........................................................................8**

**Gambar 2.2 Stadium Ca Recti I-IV...............................................................16**

**Sekolah Tinggi llmu Kesehatan Perintis Padang**

**Program Studi DIII Keperawatan**

**Karya Tulis Ilmiah, Agustus 2017**

**AULIA RAHMAD**

**14103084015436**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGAN CA-RECTI POST MILES DI RUANG RAWAT INAP BEDAH WANITA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

**Vi + 72 halaman + 6 tabel + 1 gambar + 4 lampiran**

**ABSTRAK**

Karsinoma Kolorektal adalah suatu tumor malignan yang muncul dari jaringan epithelial dari kolon atau rektum. Kanker kolorektal ditujukan pada tumor ganas yang ditemukan di kolon dan rektum. Insiden Ca-Recti di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dari bulan Januari sampai Desember 2016 jumlah kasus CA Recti berjumlah sebanyak 124 kasus dengan rata-rata perbulan sebanyak 10 kasus. Sedangkan pada tahun 2017 dari bulan Januari sampai Juni sebanyak 30 kasus dengan rata-rata perbulannya 5 kasus. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Ca-Recti Post Miles, serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan dengan Ca-Recti Post Miles. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Ny.N yaitu Klien mengatakan klien operasi pada hari Kamis tanggal 14 Juni 2017, klien mengatakan terdapat luka operasi pada anus dan perut bagian kiri, luka operasi pada perut sebagian kiri terdapat plastik penampung kotoran yang keluar. Klien mengeluh badan terasa lemas, semua aktivitas klien dibantu keluarga, tidak bisa mandi sendiri, mual dan muntah, nafsu makan menurun. Hasil pengkajian tersebut didapatkan maslah keperawatan pada Ny.N yaitu kerusakan integritas kulit, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, defisit perawatan diri. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Kanker kolorektal (colo-rectal carcinoma) atau disebut juga kanker usus besar adalah kanker yang terjadi ketika sel-sel abnormal tumbuh pada lapisan kolon atau rektum. Oleh karena itu di sarankan kepada instansi rumah sakit untuk memberikan penyuluhan dan informasi mengenai CA-Recti kepada keluarga dan klien, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi tentang CA-Recti.

**Kata kunci: Asuhan keperawatan, Ca-Recti, Post Miles**

**Daftar pustaka: 12 (2003-2015)**

***High School of Health Science Perintis Padang***

***Diploma III Study of Nursing Program***

***Script Writing, July 2017***

***AULIA RAHMAD***

***14103084015436***

***NURSING IN CLIENTS Ny.N CA-RECTI POST*** ***MILES IN ROOMS INTERNE WOMENS REGIONAL GENERAL HOSPITALS DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2017***

***Vi +721 pages + 6 table +1 table + 4 attachments***

***ABSTRACT***

*Colorectal carcinoma is a malignant tumor arising from the epithelial tissue of the colon or rectum. The Ca-Recti Incident at Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi from January to December 2016 the number of CA Recti cases amounted to 124 cases with a monthly average of 10 cases. While in the year 2017 from January to June as many as 30 cases with an average monthly of 5 cases. The purpose of this report is to be able to perform nursing care on clients with Ca-Recti Post Miles, as well as gain real experience of nursing care with Ca-Recti Post Miles*. *The results of the case report found data on Ny.N Client said client operation on Thursday, June 14, 2017, the client said there are surgical wounds on the anus and left abdomen, surgical wound on the left part of the stomach there is a plastic container that came out. Clients complain the body feels weak, all the activities of clients assisted family, can not bathe themselves, nausea and vomiting, decreased appetite. The result of the study was obtained by Nursing care on Ny.N that is damage of skin integrity, nutrient imbalance less than body requirement, self care deficit. Based on the above nursing problem, the plan is prepared and the nursing action implementation as well as the evaluation that refers to the objectives and the criteria of the results. Colorectal cancer (colo-rectal carcinoma) or also called colon cancer is a cancer that occurs when abnormal cells grow in the colon or rectal lining. It is therefore advisable to hospitals to provide counseling and information about CA-Recti to families and clients, so clients have a high knowledge of CA-Recti.*

***Keywords: Nursing Care, Ca-Recti, Post Miles***

***References: 12(2003 - 2015)***

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang Masalah**

Karsinoma Kolorektal adalah suatu tumor malignan yang muncul dari jaringan epithelial dari kolon atau rektum. Kanker kolorektal ditujukan pada tumor ganas yang ditemukan di kolon dan rektum. Kolon dan rektum adalah bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga traktus gastrointestinal. Lebih jelasnya kolon berada di bagian proksimal usus besar dan rektum di bagian distal sekitar 5-7 cm di atas anus. Kolon dan rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan atau saluran gastrointestinal di mana fungsinya adalah untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna (Medicine, 2015).

Kanker merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia, terhitung ada 8,2 juta kematian pada tahun 2012. Kanker kolorektal (colo-rectal carcinoma) atau disebut juga kanker usus besar merupakan suatu tumor ganas yang ditemukan di colon atau rectum. Colon atau rectum adalah bagian dari usus besar pada sistem pencernaan yang disebut juga traktus gastrointestinal yang berfungsi sebagai penghasil energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna. Kanker kolorektal merupakan penyakit kanker yang terbanyak di dunia yang disebabkan karena kanker (Siregar, 2007).

Kanker kolorektal sendiri menempati posisi keempat dengan 694.000 kematian (WHO, 2014). Kanker kolorektal sendiri merupakan penyebab kematian kedua di Amerika Serikat dan merupakan penyakit kanker ketiga teratas yang menyerang baik laki-laki maupun perempuan. Kejadian dan tingkat kematian yang disebabkan oleh kanker kolorektal meningkat seiring bertambahnya umur. Secara keseluruhan, 90% kasus baru dan 94% kematian terjadi pada umur 50 tahun atau lebih. Angka insidensi kanker kolorektal 15 kali lebih tinggi pada umur 50 tahun ke atas daripada mereka yang berumur 20-49 tahun (American Cancer Society, 2011).

Di Indonesia, kanker kolorektal merupakan jenis kanker ketiga terbanyak. Pada tahun 2008, Indonesia menempati urutan keempat di Negara ASEAN, dengan incidence rate 17,2 per 100.000 penduduk dan angka ini diprediksikan akan terus meningkat dari tahun ke tahun (Kimman et al, 2012). Studi epidemiologi sebelumnya menunjukkan bahwa usia pasien kanker kolorektal di Indonesia lebih muda daripada pasien kanker kolorektal di negara maju. Lebih dari 30% kasus didapat pada pasien yang berumur 40 tahun atau lebih muda, sedangkan di negara maju, pasien yang umurnya kurang dari 50 tahun hanya 2-8 % saja. (Abdullah et al, 2012). Menurut Jakarta Cancer Registry, kanker kolorektal menempati urutan keempat untuk kanker yang menyerang wanita (3.15 per 100.000) dan menempati urutan kedua (4.13 per 100.000) untuk kanker yang menyerang laki-laki (Wahidin et al, 2012).

Setiap waktu, kanker ini bisa menyerang seseorang. Risikonya akan terus meningkat seiring dengan penambahan usia. Data dari Amerika Serikat dan Inggris memperlihatkan, orang yang berusia antara 60 sampai 80 tahun berisiko tiga kali lipat dari kelompok usia lainnya. Mereka yang memiliki riwayat peradangan saluran cerna seperti kolitis kronis, tergolong berisiko tinggi untuk berkembang menjadi kanker kolorektal. Demikian juga dengan mereka yang memiliki riwayat keluarga berpenyakit kanker tersebut, risiko terkena penyakit ini bisa menyerang pada kelompok usia mana pun di bawah 60 tahun (National Institute of Health, 2013). Salah satu penatalaksanaan medis yang digunakan untuk penanganan karsinoma rekti adalah dengan prosedur operasi Miles dan Operasi Colotomy.

Operasi Miles adalah Suatu tindakan pembedahan yang dilakukan dengan melakukan abdominal reseksi pada rektum 1/3 distal dilanjutkan dengan reseksi perianal karena suatu proses malignancy. Prosedur ini dilakukan melalui pendekatan abdominal dan perianal,dibuat proksimal end colostomi permanent untuk diversi dan anus ditutup (Sjamsuhidajat, Wim de Jong. 2003).

Kolostomi merupakan Pembuatan lubang sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut untuk mengeluarkan feses (Randy, 2008). Pembuatan kolostomi permanen biasanya dilakukan apabila pasien sudah tidak memungkinkan untuk defekasi secara normal karena adanya keganasan, perlengketan, atau pengangkatan kolon sigmoid atau rectum sehingga tidak memungkinkan feses melalui anus. Kolostomi permanen biasanya berupa kolostomi single barrel ( dengan satu ujung lubang). Pembuatan kolostomi biasanya untuk tujuan dekompresi kolon atau untuk mengalirkan feses sementara dan kemudian kolon akan dikembalikan seperti semula dan abdomen ditutup kembali. Kolostomi temporer ini mempunyai dua ujung lubang yang dikeluarkan melalui abdomen yang disebut kolostomi double barrel.

Berdasarkan data yang penulis dapat dari Medikal Record RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dari bulan Januari sampai Desember 2016 jumlah kasus CA Recti berjumlah sebanyak 124 kasus dengan rata-rata perbulan sebanyak 10 kasus. Sedangkan pada tahun 2017 dari bulan Januari sampai Juni sebanyak 30 kasus dengan rata-rata perbulannya 5 kasus.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul Laporan Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N dengan Post Miles EC Ca-Recti Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan kenyataan yang telah di utarakan diatas, maka rumusan masalah yang penulis buat adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ny.N dengan Post Miles EC Ca-Recti Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”.

* 1. **Tujuan Penulisan**
		1. **Tujuan Umum**

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Ca-Recti Post Miles, serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.

* + 1. **Tujuan Khusus**
1. Mampu menyusun konsep dasar asuhan keperawatan pada klien Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
2. Mampu melaksanakan pengkajian den mengidentifikasi data dalam menunjang asuhan keperawatan pada klien Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
3. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan klien Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
4. Mampu menentukan perencanaan asuhan keperawatan pada klien Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
5. Mampu melaksankan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan klien Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
6. Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan klien Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
7. Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada klien Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
	1. **Mamfaat Penulisan**
		1. **Bagi Penulis**

Laporan Studi Kasus ini berguna untuk menambah wawasan dan sebagai bekal ilmu bagi penulis untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat terkait dengan masalah-masalah yang tentunya berhubungan dengan Ca-Recti Post Miles.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai masukan bagi institusi pendidkan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Laporan Studi Kasus dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebgai informasi awal terkait dengan masalah-masalah yang tentunya berhubungan dengan Ca-Recti Post Miles.

* + 1. **Bagi Institusi Rumah sakit**

Laporan Studi Kasus ini dapat di gunakan sebagai acuan dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya bagi pasien dengan Ca-Recti Post Miles dan sebagai masukan dalam upaya promotif, preventif dan kuratif tentang penanganan pasien dengan Ca-Recti Post Miles

.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **KONSEP CA-RECTI**
		1. **Defenisi**

Kanker kolorektal (colo-rectal carcinoma) atau disebut juga kanker usus besar adalah kanker yang terjadi ketika sel-sel abnormal tumbuh pada lapisan kolon atau rektum. Umumnya, kanker kolorektal jarang ditemukan sebelum usia 40 tahun dan resiko terjadinya kanker kolorektal akan meningkat pada usia 50 tahun. Kanker kolorektal biasanya berkembang perlahan-lahan selama 10 sampai 15 tahun. Gejala adanya tumor pada kolon biasanya ditandai dengan adanya polip yang memiliki resiko kanker. Sekitar 96% penyebab kanker kolorektal adalah adenocarcinomas yang berkembang dari jaringan kelenjar (Alteri, et al, 2011).

Kanker kolorektal adalah kanker ketiga yang paling umum pada pria (746.000 kasus, 10,0 %) dan yang kedua pada wanita (614.000 kasus , 9,2 %) di seluruh dunia (Globocan, 2012). Menurut Jemal A et al. CA Cancer J Clin (2011) insiden kanker kolorektal lebih sering ditemui di negara-negara berkembang. Hal ini adalah karena perbedaan diet dan paparan lingkungan (Hingorani, M., & Sebag-Montefiore, D., 2011)

* + 1. **Anatomoi dan Fisiologi**

Secara anatomi rektum terbentang dari vertebre sakrum ke-3 sampai garis anorektal. Secara fungsional dan endoskopik, rektum dibagi menjadi bagian ampula dan sfingter. Bagian sfingter disebut juga annulus hemoroidalis, dikelilingi oleh muskulus levator ani dan fasia coli dari fasia supra-ani. Bagian ampula terbentang dari sakrum ke-3 ke difragma pelvis pada insersi muskulus levator ani. Panjang rrektum berkisa 10-15 cm, dengan keliling 15 cm pada *recto-sigmoid junction* dan 35 cm pada bagian ampula yang terluas. Pada orang dewasa dinding rektum mempunyai 4 lapisan : mukosa, submukosa, muskularis (sirkuler dan longitudinal), dan lapisan serosa.

 **** ****

Gambar 2.1 Antomi Rektum

Perdarahan arteri daerah anorektum berasal dari arteri hemoroidalis superior, media, dan inferior. Arteri hemoroidalis superior yang merupakan kelanjutan dari a. mesenterika inferior, arteri ini bercabang 2 kiri dan kanan. Arteri hemoroidalis merupakan cabang a. iliaka interna, arteri hemoroidalis inferior cabang dari a. pudenda interna. Vena hemoroidalis superior berasal dari plexus hemoroidalis internus dan berjalan ke arah kranial ke dalam v. mesenterika inferior dan seterusnya melalui v. lienalis menuju v. porta. Vena ini tidak berkatup sehingga tekanan alam rongga perut menentukan tekanan di dalamnya. Karsinoma rektum dapat menyebar sebagai embolus vena ke dalam hati. Vena hemoroidalis inferior mengalirkan darah ke v. pudenda interna, v. iliaka interna dan sistem vena kava.

Pembuluh limfe daerah anorektum membentuk pleksus halus yang mengalirkan isinya menuju kelenjar limfe inguinal yang selanjutnya mengalir ke kelenjar limfe iliaka. Infeksi dan tumor ganas pada daerah anorektal dapat mengakibatkan limfadenopati inguinal. Pembuluh rekrum di atas garis anorektum berjalan seiring dengan v. hemoroidalis seuperior dan melanjut ke kelenjar limfe mesenterika inferior dan aorta.

Persarafan rektum terdiri atas sistem simpatik dan parasimpatik. Serabut simpatik berasal dari pleksus mesenterikus inferior yang berasal dari lumbal 2, 3, dan 4, serabut ini mengatur fungsi emisi air mani dan ejakulasi. Serabut parasimpatis berasal dari sakral 2, 3, dan 4, serabut ini mengatur fungsi ereksi penis, klitoris dengan mengatur aliran darah ke dalam jaringan.

* + 1. **Etiologi**

Penyebab nyata dari kanker kolon dan rektal tidak diketahui, tetapi faktor risiko telah teridentifikasi termasuk riwayat kanker kolon atau polip pada keluarga, riwayat penyakit usus inflamasi kronis dan diet tinggi lemak protein dan daging serta rendah serat.

( Brunner & Suddarth,buku ajar keperawatan medikal bedah, 2010).

* 1. **Polip di usus (*Colorectal polyps*):** Polip adalah pertumbuhan pada dinding dalam kolon atau rektum, dan sering terjadi pada orang berusia 50 tahun ke atas. Sebagian besar polip bersifat jinak (bukan kanker), tapi beberapa polip (*adenoma*) dapat menjadi kanker.
	2. ***Colitis Ulcerativa* atau penyakit Crohn:** Orang dengan kondisi yang menyebabkan peradangan pada kolon (misalnya *colitis ulcerativa* atau penyakit Crohn) selama bertahun-tahun memiliki risiko yang lebih besar
	3. **Riwayat kanker pribadi:**Orang yang sudah pernah terkena kanker  colorectal dapat terkena kanker colorectal untuk kedua kalinya. Selain itu, wanita dengan riwayat kanker di indung telur, uterus (*endometrium*) atau payudara mempunyai tingkat risiko yang lebih tinggi untuk terkena kanker colorectal.
	4. **Riwayat kanker colorectal pada keluarga:** Jika Anda mempunyai riwayat kanker colorectal pada keluarga, maka kemungkinan Anda terkena penyakit ini lebih besar, khususnya jika saudara Anda terkena kanker pada usia muda.
	5. **Faktor gaya hidup:**Orang yang merokok, atau menjalani pola makan yang tinggi lemak dan sedikit buah-buahan dan sayuran memiliki tingkat risiko yang lebih besar terkena kanker colorectal.
	6. **Usia di atas 50:** Kanker colorectal biasa terjadi  pada mereka yang berusia lebih tua. Lebih dari 90 persen orang yang menderita penyakit ini didiagnosis setelah usia 50 tahun ke atas.
		1. **Faktor Resiko**

Berdasarkan American Cancer Society tahun (2014) ada banyak faktor yang diketahui yang dapat meningkatkan atau mengurangkan risiko kanker kolorektal. Terdapat beberapa faktor yang dapat dimodifikasi dan juga faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Antara faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi termasuk riwayat peribadi, riwayat kanker kolorektal di keluarga atau polip adenomatous dan riwayat Inflammatory bowel disease. Studi epidemiologi juga telah mengidentifikasi banyak faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Ini termasuk aktivitas fisik, obesitas, tingginya konsumsi daging merah/diproses, merokok dan konsumsi alkohol (American Cancer Society, 2014).

1. 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 sahli keluarga lebih dari satu orang yang terkena, risiko meningkat hingga 3 Universitas Sumatera Utara 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). Meskipun individu dengan sindrom Lynch cenderung juga untuk berbagai jenis kanker lain, risiko kanker kolorektal adalah tertinggi. Familial adenomatous polyposis (FAP) adalah faktor predisposisi sindrom genetik yang paling umum dan ditandai dengan perkembangan ratusan hingga ribuan polip kolorektal pada individu yang terkena. Tanpa intervensi, risiko seumur hidup kanker kolorektal mendekati 100% pada usia 40 (American Cancer Society, 2014).

1. Riwayat kesehatan pribadi

Riwayat polip adenomatous adalah salah satu penyebab yang meningkatkan risiko kanker kolorektal. Hal ini terutamanya 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).

1. Faktor risiko perilaku
2. Aktifitas fisik

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 kanker kolorektal yang kurang aktif mempunyai risiko kematian yang lebih tinggi berbandingkan mereka yang lebih aktif (American Cancer Society, 2014).

1. Obesitas

Obesitas atau kegemukan dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi terjadinya kanker kolorektal pada laki-laki dan kanker usus pada perempuan (American Cancer 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).

1. 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).

1. Merokok

Pada bulan November 2009, International Agency for Research on Cancer melaporkan bahawa ada bukti yang cukup untuk menyimpulkan bahawa tembakau dalam rokok dapat menyebabkan kanker kolorektal. Asosiasi tampaknya lebih kuat pada rektum dari kanker kolon (American Cancer Society, 2014).

1. Alkohol

Kanker kolorektal 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 kanker kolorektal dibandingkan dengan mereka yang mengkonsumsi 1 minuman per hari (American Cancer Society, 2014).

* + 1. **Klasifikasi**

Menurut Prytherch (2005) klasifikasi adalah pengelompokkan benda secara logis menurut ciri-ciri kesamaannya. Sedangkan klasifikasi penyakit dapat didefinisikan sebagai suatu sistem yang mengkategorikan tingkat keganasan penyakit dalam beberapa kriteria yang ditetapkan (WHO, 1977).

Klasifikasi penyakit kanker kolorektal berarti mengelompokkan kanker kolorektal ke dalam stadium yang tepat, berdasarkan ciri-ciri tertentu. Ciri-ciri itu didapatkan dari hasil colonoscopy penderita kanker kolorektal ataupun bukan penderita kanker kolorektal (normal). Klasifikasi stadium kanker kolorektal pada umumnya dibagi menjadi beberapa tingkatan dengan angka 0 sampai dengan IV. Tahap klasifikasi stadium kanker ini merupakan tahap yang penting, karena membantu dokter untuk melakukan tindakan selanjutnya. Terdapat beberapa sistem klasifikasi stadium kanker, diantaranya adalah Astler-Coller, Dukes, FIGO (Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri) dan sistem TNM Kanker. Sistem klasifikasi TNM dan FIGO memiliki sistem yang sangat mirip. Kedua sistem ini mengelompokkan kanker meliputi ukuran tumor, tingkat penyebaran ke kelenjar getah bening, dan adanya metastasis.

Menurut National Cancer Institute (2006) klasifikasi stadium kanker kolorektal dapat didefinisikan sebagai berikut :

* + 1. Stadium 0 (Carsinoma in Situ) : kanker hanya pada lapisan terdalam dari kolon atau rektum.
		2. Stadium I : sel kanker telah tumbuh pada dinding dalam kolon atau rektum, tapi belum menembus ke luar dinding.
		3. Stadium II : sel kanker telah menyebar ke dalam lapisan otot dari kolon atau rektum. Tetapi sel kanker di sekitarnya belum menyebar ke kelenjar getah bening.
		4. Stadium III : kanker telah menyebar ke satu atau lebih kelenjar getah bening di daerah tersebut, tetapi tidak ke bagian tubuh yang lain.
		5. Stadium IV : kanker telah menyebar di bagian lain dari tubuh, seperti hati, paru-paru, atau tulang.



Gambar 2.2 Stadium Ca Recti I-IV

* + 1. **Patofisiologi**

Penyebab kanker pada saluran cerna bagian bawah tidak diketahui secara pasti. Polip dan ulserasi colitis kronis dapat berubah menjadi ganas tetapi dianggap bukan sebagai penyebab langsung. Asam empedu dapat berperan sebagai karsinogen yang mungkin berada di colon. Hipotesa penyebab yang lain adalah meningkatnya penggunaan lemak yang bisa menyebabkan kanker.

Dimulai dari faktor resiko untuk kanker kolorektum adalah mencakup diet tinggi lemak dan rendah serat, yang menyebabkan kanker kolon dan rektum terutama (95%) adekarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) sebagai polip jinak tetapi menjadi ganas dan menyusup serta meluas kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer kebagian tubuh yang lain (paling sering kehati).

Tumor – tumor pada recti dan kolon asendens merupakan lesi yang pada umumnya berkembang dari polip yang meluas ke lumen, kemudian menembus dinding kolon dan jaringan sekitarnya. Penyebaran tumor terjadi secara limfogenik, hematogenik, atau anak sebar. Hati, peritonium dan organ lain mungkin dapat terkena.

Menurut P. Deyle perkembangan karsinoma kolorektal di bagi 3 fase. Fase pertama ialah fase karsinogen yang bersifat rangsangan, proses ini berjalan lama sampai sampai puluhan tahun. Fase kedua adalah fase pertumbuhan tumor tetapi belum menimbulkan keluhan (asimtomatis) yang berlangsung bertahun – tahun juga. Kemudian fase ketiga dengan timbulnya keluhan dan gejala yang nyata. Karena keluhan dan gejala tersebut perlahan – lahan dan tidak sering, penderita umumnya merasa terbiasa dan menganggap enteng saja sehingga penderita biasanya datang berobat dalam stadium lanjut (Jan Tambayong, 2010).

**WOC**

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Gejala umum dari kanker kolorektal ditandai oleh perubahan kebiasaan buang air besar. Gejala tersebut meliputi (Alteri, et al, 2011) :

* 1. Diare atau sembelit.
	2. Merasa bahwa usus tidak kosong.
	3. Ditemukannya darah (baik merah terang atau sangat gelap) di feses.
	4. Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya.
	5. Sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perasaan penuh atau kembung.
	6. Kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui.
	7. Merasa sangat lelah sepanjang waktu.
	8. Mual atau muntah.

Gejala-gejala ini biasanya bukan merupakan gejala kanker pada umumnya, tetapi merupakan gejala penyakit lainnya dan biasa dirasakan oleh manusia. Jika terdapat seseorang merasakan gejala ini, seharusnya diperlukan diagnosa dokter supaya dapat ditangani sedini mungkin, karena biasanya kanker dini tidak menimbulkan rasa sakit.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Ada beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan, yaitu :

1. Pemeriksaan antigen karsinoembrionik (CEA)

Kadar CEA (Antigen Karsinoma Embrionik) dapat dipercaya dalam diagnosis prediksi, pada eksisi tumor komplek, kadar CEA yang meningkat harus kembali ke normal dalam 48 jam. Peningkatan CEA pada tanggal selanjutnya menunjukkan kekambuhan

1. Kolonoskopi

Pemeriksaan kolonoskopi atau teropong usus ini dianjurkan segera dilakukan bagi mereka yang sudah mencapai usia 50 tahun. Pemeriksaan kolonoskopi relatif aman, tidak berbahaya, namun pemeriksaan ini tidak menyenangkan. Kolonoskopi dilakukan untuk menemukan kanker kolorektal sekaligus mendapatkan jaringan untuk diperiksa di laboratorium patologi. Pada pemeriksaan ini diperlukan alat endoskopi fiberoptik yang digunakan untuk pemeriksaan kolonoskopi. Alat tersebut dapat melihat sepanjang usus besar, memotretnya, sekaligus biopsi tumor bila ditemukan. Dengan kolonoskopi dapat dilihat kelainan berdasarkan gambaran makroskopik. Bila tidak ada penonjolan atau ulkus, pengamatan kolonoskopi ditujukan pada kelainan warna, bentuk permukaan, dan gambaran pembuluh darahnya.

1. Radiologis

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

1. Pemeriksaan rektal secara digital:

Pemeriksaan rektal seringkali menjadi bagian pemeriksaan (check-up) fisik rutin. Dokter akan memasukkan jari dengan sarung tangan yang telah dilumasi ke dalam rektum, untuk merasakan ketidaknormalan.

1. Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan ini penting untuk memeriksa kemungkinan pasien mengalami perdarahan (FKUI, 2001 : 210). Selain itu, pemeriksaan darah samar (occult blood) secara berkala, untuk menentukan apakah terdapat darah pada tinja atau tidak.

1. Pemeriksaan colok dubur, oleh dokter bila seseorang mencapai usia 50 tahun. Pemeriksaan tersebut sekaligus untuk mengetahui adanya kelainan pada prostat.
2. Sigmoidoskopi: Dokter akan memeriksa rektum dan bagian bawah kolon dengan tabung cahaya (sigmoidoskop). Jika ditemukan polip (pertumbuhan jinak yang dapat menjadi kanker), maka polip bisa diangkat.
	* 1. **Penatalaksanaan**
			1. **Operasi Miles**
3. **Defenisi**

Suatu tindakan pembedahan yang dilakukan dengan melakukan abdominal reseksi pada rektum dilanjutkan dengan reseksi perineal karena suatu proses keganasan pada rektum 1/3 distal Prosedur ini dilakukan melalui pendekatan abdominal dan perineal dan dibuat proksimal end kolostomi permanen untuk diversi (anus preternaturalis) dan perineum ditutup (De Jong, Sjamsuhidayat, 2009).

1. **Ruang lingkup**

Lesi/ kelainan pada rektum 1/3 distal sampai anus. Dalam kaitan penegakan diagnosis dan pengobatan lebih lanjut diperlukan beberapa disiplin ilmu yang terkait: patologi anatomi dan radiology.

1. **Indikasi operasi**

Proses keganasan pada rektum dan anus (McGraw Hill Inc,2006).

1. **Diagnosis banding**
2. Karsinoma rektum dan anus
3. Inflamatory bowel disease
4. Infeksi granulomatous rektum dan anus
5. Melanoma maligna anus
6. Squamous cell carcinoma anus
	* + 1. **Pembedahan kolostomi**
7. **Defenisi**

Sebuah lubang yang dibuat oleh dokter ahli melalui dinding abdomen ke dalam kolom iliaka   atau asenden yang bersifat sementara atau permanen untuk mengeluarkan feses. Lubang yang dibuat melalui dinding abdoimen ke dalam kolon iliaka atau asenden tempat untuk mengeluarkan fases.  Pembukaan sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut untuk mengeluarkan tinja. Kolostomi adalah tindakan pembedahan dimana sebagian usus besar dijahitkan pada dinding perut, dimana lubangnya dibuat sedemikian rupa sehingga tinja terdorog untuk keluar.

Kolostomi adalah membuat lubang yang bersifat sementara atau tetap pada usus besar menembus permukaan abdomen sebagai pemindahan jalan keluar fecers. Lokasi anatominya pada colon cicenden, transversal atau sigmoid, kolotomi dikerjakan pada penyakit peradangan, cacat bawaan, kanker, obser, fistula, onstruksi dan perforasi.

1. **Jenis kolostomi**

kolostomi yang dilakukan ada 2 macam yaitu :

a)  Kolostomi Permanen

Jenis kolostomi dilakukan bila kolon atau rectum pasien dibuang, karena ada kanker pada kolon atau rectum. Kolostomi ini disebut juga dengan kolostomi ujung atau single barrel karena dilakukan pada salah satu ujung dari kolon dan kolostomi ini mempunyai satu lubang.

b) Kolom Temporer

Kolostomi ini bersifat hanya sementara dan dilakukan untuk mengalihkan facces, untuk kemudian ditutup kembali. Kolostomi ini terdiri dari 2 lussing atau double barrel.

1. **Indikasi dilakukan kolostomi**

Tindakan kolostomi seringdilakukan pada pasien dengan difertikulitis yang sudah  komplikasi seperti pendarahan hebat, perforasi dan obses, sehingga untuk mengalihkasn jalannya feces dilakukan kolostomi.

Kolostomi sering dilakukan pada pasien dengan karsinoma kolon. Karsinima tersebut dapat memenuhi atau melingkari kolon menyebabkan obstruksi pada kolon, akhirnya penderita mengalami kesulitan untuk buang air besar atau kostipasi usus.

1. **Komplikasi kolostomi**

Suatu tindakan pada pembedahan yang dilakukan pada pasien tidak jarang akan menimbulkan komplikasi.

a)  Obstruksi, terjadi karena perlengketan atau sumbatan oleh makanan.

b)  Infeksi pada luka, merupakan suatu komplikasi daritindakan kolostomi yang sering terjadi, karena terkontaminasi oleh tinja yang mengandung bakteri.

c)  Retraksi stoma penyekat antara kantong atau kolostomi bagian dengan stoma, juga karena adanya jaringan sekat yang terbentuk disekitar stoma yang mengkerut

**3. Radiasi**

Radiasi pasca bedah diberikan jika:

1. sel karsinoma telah menembus tunika muskularis propria
2. ada metastasis ke kelenjar limfe regional
3. masih ada sisa-sisa sel karsinoma yang tertinggal tetapi belum ada metastasis jauh.

Radiasi pra bedah hanya diberikan pada karsinoma rektum).

**4. Obat sitostatika diberikan bila :**

a)   Inoperabel

b)   Operabel tetapi ada metastasis ke kelenjar limfe regional, telah menembus tunika muskularis propria atau telah dioperasi kemudian residif kembali.

Obat yang dianjurkan pada penderita yang operabel pasca bedah adalah :

1) Fluoro – Uracil 13,5 mg/kg BB/hari intravena selama 5 hari berturut – turut. Pemberian berikutnya pada hari ke- 36 (siklus sekali 5 minggu) dengan total 6 siklus

2)     Futraful 3 – 4 kali 200 mg/hari per os selama 6 bulan

3)    Terapi kombinasi (Vincristin + FU + Mthyl CCNU)

4)   Pada penderita inoperabel pemberian sitostatika sama dengan kasus operabel hanya lamanya pemberian tidak terbatas selama obat masih efektif. Selama pemberian, harus diawasi kadar Hb, leukosit dan trombosit darah. Pada stadium lanjut obat sitostatika tidak memberikan hasil yang memuaskan.

**2.1.10 Komplikasi**

Komplikasi yang terjadi akibat adanya kanken rektum adalah :

* 1. Terjadinya osbtruksi pada daerah pelepasan
	2. Terjadinya perforasi pada usus
	3. Pembentukan pistula pada kandung kemih atau vagina.

Karsinoma rektum dapat menyebabkan terjadinya ulserasi atau perdarahan, menimbulkan obstruksi bila membesar, atau menembus vagina (invasi) keseluruh dinding usus dan kelenjar-kelenjar regional. Adapun komplikasi selain terjadinya obstruksi, perforasi yaitu pendarahan dan penyebaran ke organ yang berdekatan.

* 1. **Asuhan Keperawatan Teoritis**
		1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari proses keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok, yaitu :

* + - 1. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistemastis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan pasien, mengidentifikasikan, kekuatan dan kebutuhan pasien yang dapat diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan penunjang penunjang lainnya.

* + - 1. Anamnesa
1. Identitas Pasien

Nama,Umur Usia >50 tahun, Jenis Kelamin : Wanita lebih besar resiko untuk Ca Rekti, Pendidikan, Pekerjaan : Pekerjaan yang beresiko Ca rekti pekerjaan yang kurang aktivitas fisik seperti pekerjaan banyak duduk, Suku Bangsa : Menurut penelitian suku bangsa yang paling banyak menderita Ca rekti adalah suku bangsa Eropa, dimana mereka mempunyai pola hidup yang tidak sehat seperti makanan,

1. Keluhan utama

Dilihat dari tanda dan gejala penyakit

1. Riwayat kesehatan sekarang

Menurut Alteri ( 2011) pasien karsinoma Rekti dengan keluhan : Diare atau sembelit, merasa bahwa usus tidak kosong, ditemukannya darah (baik merah terang atau sangat gelap) di feses, feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya, sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perasaan penuh atau kembung, kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui, merasa sangat lelah sepanjang waktu, mual atau muntah. Post operasi : Klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi, terdapat luku insisi dan luka kolostomy.

1. Riwayat kesehatan dahulu

Memiliki riwayat merokok, minum alkohol, masalah Tekanan Darah, perdarahan pada rektal, perubahan anus, Diet yang tidak baik tinggi protein, tinggi lemak dan rendah serat, adanya infeksi dan obstruksi pada usus besar, pernah menderita polip kolon, radang kronik kolon dan kolitis ulseratif yang tidak teratsi.

1. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat kanker pada keluarga, diidentifikasi kanker yang menyerang tubuh atau oragan termasuk kanker koleteral adalah diturunkan sebagai sifat dominan.

1. pemeriksaan fisik
2. Mata : Conjungtiva subanemis / anemis
3. Leher: Kaji dan perhatikan apakah ada pembesaran vena jugularis (JVP) dan pembesaran kelenjar tyroid
4. Mulut : Mukosa mulut kering dan pucat, lidah pecah-pecah dan bau tidak enak.
5. Abdomen : Distensi abdomen, Adanya teraba massa, bising usus menurun dan kembung.
6. Kulit : Turgor kulit buruk, kering (dehidrasi/malnutrisi)
7. Pengkajian fungsional gordon
8. Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah, merasa gelisah dan ansietas, tidak tidur semalam karena diare, pembatasan aktivitas / kerja sehubungan dengan efek proses penyakit.

1. Pernapsan : Napas pendek, dispnea (respon terhadap nyeri yang dirasakan) yang ditandai dengan takipnea dan frekuensi menurun.
2. Sirkulasi

Gejala : Takikardi (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri), hipotensi, kulit/membran : turgor buruk, kering, lidah pecag-pecah (dehidrasi/malnutrisi).

1. Integritas ego

Gejala : Ansietas, ketakutan, emosi kesal, misal : perasaan tidak berdaya / tidak ada respon.

Faktro stres akut/kronis : misal berhubungan dengan keluarga/pekerjaan, pengobatan yang mahal.

Tanda : menolak, perhatian yang menyempit, depresi.

1. Eliminasi

Gejala : Tekstur feses bervariasi dan bentuk lunak sampai bau. Episode diare berdarah tidak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering tidak dapat terkontrol (sebanyak 20-30 kali/hari), perasaan tidak nyaman/tidak puas, deteksi berdarah/mukosa dengan atau tanpa keluar feses.

1. Makan / Cairan

Gejala : Anoreksia, mual, muntah, penurunan berat badan, tidak toleran terhadap diit/sensitif (misal : buah segar/maa otot, kelemahan, tonus otot, dan turgor kulit buru, membran mukoa pucat, luka, inflamasi rongga mulut.

1. Hygiene

Tanda : Ketidakmampuan melakukan perawatan diri, stomatis, menunjukan kekurangan vitamin.

1. Nyeri / Kenyamanan

Gejala : Nyeri / nyeri tekan pada kuadran kiri bawah.

1. Keamanan

Gejala : Adanya riwayat polip, radang kronik veseartif

1. Muskuloskeletal : penurunan kekuatan otot, kelemahan dan malaise (diare, dehidrasi, dan malnutrisi).
2. Seksualitas

Gejala : Tidak bisa melakukan hubungan seksual / frekuensi menurun.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**
1. Nyeri akut
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Resiko infeksi
4. Kerusakan integritas kulit
5. Gangguan konsep diri

*(NANDA NIC- NOC 2011*)

* + 1. **INTERVENSI KEPERAWATAN**

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)** | **Intervensi Keperawatan (NIC)** |
|  |  |  |  |
| 1 | Nyeri akut  | * Pain Level,
* Pain control,
* Comfort level

Kriteria Hasil :1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal
 | **Manajemen paint**1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.
2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenaiketidaknyamanan
3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri.
4. Berikan informasi mengenai nyeri
5. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologik (Teknik relaksasi)
6. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani neyrinya dengan tepat.
7. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
8. Kolaborasi dengan Tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindkan penurun nyeri.
9. Dukung istirahat dan tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
10. Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil
 |
| 2 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | Nutritional Status Nutritional Status : Food and Fluid Intake Nutritional Status : Nutrient Intake Weight Control Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badab sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan

Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti | **Manajemen Nutrution**1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi
7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diet pasien
 |
| 3 | Resiko infeksi | **NOC:** **Pengetahuan:Kontrol infeksi** * + Menerangkan cara-cara penyebaran infeksi
	+ Menerangkan factor-faktor yang berkontribusi dengan penyebaran
	+ Menjelaskan tanda-tanda dan gejala
	+ Menjelaskan aktivitas yang dapat meningkatkan resistensi terhadap infeksi

**Status Nutrisi** * + Asupan nutrisi, Asupan makanan dan cairan, Energi, Masa tubuh

 **BB Risk Control** * + Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
	+ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
	+ Jumlah sel darah putih dalam batas normal
	+ Menunjukkan perilaku hidup sehat (menjaga kebersihan) seperti mencuci tangan, perawatan mulut, dan lain-lain
 | **Infection Control (Kontrol Infeksi)**1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
2. Pertahankan teknik isolasi
3. Batasi pengunjung bila perlu
4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien
5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan
6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawtan
7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
9. Berikan terapi antibiotik

 |
| 4 | Kerusakan integritas kulit  | **Tissue Integrity : Skin and Mucous Membran** Kriteria Hasil :1. Integritas kulit yang baik dapat dipertahankan
2. Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan
3. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
4. Mampu untuk melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan kulit
 | **Pressure Management**1. Inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan atau tanda-tanda dehisensi atau eviserasi pada area insisi
2. Inspeksi luka pada setiapmengganti balutan
3. Kaji lokasi, luas dan kedalaman
4. Kaji ada atau tidaknya jaringan nekrotik.
5. Deskripsikan warna, bau dan banyaknya
6. Kaji ada atau tadaknya tanda-tanda infeksi luka setempat
7. Kaji ada atau tidaknya perluasan luka kejaringan dibawah kulit dan pembentukan saluran sinus
 |
| 5 | Gangguan konsep diri  | Gambaran diri meningkatGambaran diri sesuaiKriteria Hasil :1. Klien menyukai anggota tubuhnya.
2. Klien tidak merasa malu.
 | 1. Bina hubungan saling percaya dan menjelaskan semua prosedur dan tujuan dengan singkat dan jelas
2. Kaji penerimaan pasien akan tubuhnya
3. Sampaikan hal-hal positif secara mutlak
4. Libatkan keluarga dan orang terdekat untuk memberikan support
 |

* + 1. **Implementasi**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah katagori dari prilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang dipekirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Potter & Perry, 2005).

* + 1. **Evaluasi**
	1. **Pengertian Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan.

2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.

3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Asmadi, 2008)

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya.

Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan criteria/ rencana yang telah disusun.
2. Hasil tindakan keperawatan ,berdasarkan criteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

**Hasil Evaluasi**

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

1. Tujuan tercapai,apabila pasien telah menunjukan perbaikan/ kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
2. Tujuan tercapai sebagian,apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya.
3. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru.dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.
	1. **Tahap Evaluasi**

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif (dengan proses dan evaluasi akhir). Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

1. Evaluasi berjalan (sumatif)

Evaluasi jeni ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. format yang dipakai adalah format SOAP.

1. Evaluasi akhir (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

* 1. **PENGKAJIAN**
1. **Identitas klien**

Nama /Initial : Ny.N

Umur : 37 Tahun

Tempat/ tanggal lahir : Penyambungan, 12 Februari 1980

Jenis Kelamin : Perempuan

Status : Nikah

Agama : Islam

Pekerjaan : IRT

Pendidikan : SMA

Alamat : Penyambungan-Sumatera Utara

No MR : 471870

Ruang Rawat : Bedah Wanita

Tanggal Masuk : 12 Juni 2017 ( Jam : 06.00 WIB)

Tanggal Operasi : 14 Juni 2017 (Jam 10.00 WIB)

Tanggal Pengkajian : 19 Juni 2017 ( Jam 09.00 WIB )

Diagnosa Medik : CA-RECTI POST MILES

**Penanggung jawab**

Nama : Tn.A

Umur : 40 Tahun

Hubungan Keluarga : Suami

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

1. **Keluhan utama**

Klien masuk IGD RSAM Bukittinggi di antar oleh keluarga pada tanggal 12 Juni 2017 Jam 06.00 WIB dengan keluhan BAB darah sejak ± 2 bulan SMRS, bercampur nanah, berbau busuk, nyeri (+), badan terasa lemas, mual dan muntah (+), nafsu makan menurun.

1. **Riwayat kesehatan**
2. **Riwayat kesehatan sekarang**

Klien di rawat di ruangan Bedah wanita. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 Juni 2017 Jam 08.00 WIB. Klien mengatakan klien operasi pada hari Kamis tanggal 14 Juni 2017, klien mengatakan terdapat luka operasi pada anus dan perut bagian kiri, lukaoperasi pada perut sebagian kiri terdapat plastik penampung kotoran yang keluar. Klien mengeluh badan terasa lemas, semua aktivitas klien dibantu keluarga, klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri. mual dan muntah, nafsu makan menurun. Klien tampak lemah dan pucat, klien tampak mual dan muntah sehabis makan, tampak ada bekas luka op di anus dan kolostomy di perut bagian kanan dan terpasang kantung plastik, luka masih bersih, klien tampak lemah, kurang perawatan diri, badan berbau, rambut kusut.

1. **Riwayat kesehatan dahulu**

Klien mengatakan sebelumnya klien belum pernah di rawat dan klien tidak pernah mengalami riwayat penyakit Hipertensi, DM.

1. **Riwayat kesehatan keluarga**

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan klien dan tidak ada angggota keluarga yang pernah mengalami riwayat penyakit Hipertensi, DM dan asma.

**Genogram :**

Keterangan :

 : Laki-laki

 : Perempuan

 : Meninggal

 : Klien

 : Garis keturunan

 : Serumah

1. **Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umu : Sedang

Kesadaran : Composmentis

GCS : E4 M5 V6

BB/TB : 51 kg / 150 cm

**Tanda Vital :**

TD : 110/80 mmHg Nafas : 20 x/menit

Nadi : 80 x/menit Suhu : 36,8oC

1. **Kepala**
* **Rambut**

Konsistensi rambut tipis dan ikal, tekstil rambut sedikit, bersih dan tidak ada ketombe.

* **Mata**

Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, ukuran pupil 2 mm, fungsi pengelihatan baik, tidak ada menggunakan alat bantu pengelihatan.

* **Hidung**

Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada peradangan pada hidung, tidak ada cuping hidung.

* **Mulut dan gigi**

Mukosa bibir kering, tidak terdapat sariawan, tidak ada menggunakan gigi palsu, tidak ada perdarahan, gigi klien caries, mulut berbau.

1. **Leher**

Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran vena jugularis dan pembesaran tyroid.

1. **Thorak**
* **Paru-paru**

**I :** Simetris kiri dan kanan, pergerakan dada sama, tidak memakai alat bantu pernapasan

**P :** Tidak ada nyeri tekan, vocal tektil premitus dalam intensitas getaran yang sama antara paru kanan dan kiri.

**P :** Sonor

**A :** Pada saat dilakukan auskultasi terdengar suara napas vesikuler dan tidak ada suara napas tambahan

* **Jantung**

**I :** Ictus cordis tidak terlihat, tidak ada lesi

**P :** Tidak ada nyeri tekan saat dilakukan palpasi, ictus cordis teraba

**P :** Saat diperkusi suara jantung redup

**A :** BJ1 BJ2 normal, tidak ada bunyi tambahan

1. **Abdomen**

**I :** Terdapat luka kolostomy pada perut sebelah kiri, Luka kolostomy bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi dan luka terpasang plastik penampung feses yang keluar dari kolostomy, ada bekas jahitan luka operasi laparatomy, panjang jahitan ±15 cm, jahitan terlihat rapi dan bagus dengan jumlah jahitan 8.

**A :** Bising usus 3 kali/menit

**P :** Terdapat nyeri tekan pada luka kolostomy

**P :** Tympani

1. **Punggung**

simetris, tidak ada pembengkakan pada punggung dan tidak ada bekas luka pada punggung.

1. **Genitalia**

Inspeksi : Jenis kelamin perempuan, terdapat luka operasi Miles pada anus.

1. **Ekstremitas**

**Atas**

Pada bagian tangan sebelah kiri terpasang IVFD D 5%.

**Bawah**

Tidak ada kelainan pada ekstremitas bawah.

**Kekuatan otot**

 5 5

 5 5

1. **DATA BIOLOGIS**

Tabel 3.2 Data biologis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **AKTIVITAS** | **SEHAT** | **SAKIT** |
| **1****2****3****4** | **Makanan dan minuman/Nutrisi*** Menu
* Porsi
* Makanan kesukaan
* Makanan Pantangan

**Minuman*** Jumlah
* Minuman kesukaan
* Pantangan

**Eliminasi****BAB*** Frekuensi
* Warna
* Bau
* Konsistensi
* Kesulitan

**BAK*** Frekuensi
* Warna
* Bau
* Kesulitan

**Istirahat dan Tidur*** Waktu tidur
* Lama tidur
* Kebiasaan sebelum tidur
* Kesulitan dalam tidur

**Personal Hygiene*** Mandi
* Cuci rambut
* Gosok gigi
* Potong kuku
 | Nasi, ikan1 porsiNasiTidak ada2-3 L/hariAir putih/TehTidak ada1x2 hariKuningKhasPadatTidak ada3-5 kali/hariBeningKhasTidak adaJam 22.00-05.009 jamNonton TVMudah terbangun1x/hari1x2hari2x/hari1x/minggu | Susu 6x300 cc/hari½ porsiTidak adaTidak ada800 cc/hariAir putihTidak ada5-6 hariKuningBusukencerTidak ada kesulitan3-5 kali/hariKuningKhasTidak adaJam 21.00-04.009 jamTidak adaMudah terbangunPasien tidak mandiTidak ada Tidak adaTidak ada |

1. **Data Psikososial**
* Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga dan tetangga yang ada disekeliling rumah.
* Klien mengatakan tidak malu terhadap penyakitnya
* Klien mengatakan tidak cemas terhadap penyakitnya
1. **Data Spiritual**

Klien mengatakan klien meyakini Allah sebagai Tuhan. Selama di rumah sakit klien mengerjakan kegiata ibdah shalat 5 waktu sehari semalam.

1. **Riwayat alergi**

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan dan obat-batan.

1. **Data Penunjang**

Tabel 3.3 Hasil Laboratorium

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Hasil pemeriksaan** | **Nilai rujukan** | **Satuan** |
| 1 | Tanggal 12 Juni 2017-07-26HGB : 11.0RBC : 3.92HCT : 32.3WBC : 9.61EO% : 9.1BASO% : 0.6NEUT% : 63.2LYMP% : 21.6MONO% : 5.5PLT : 236 | P 13.0-16.0W 12.0-14.0P 4.5-5.5W 4.0-5.0P 40.0-48.0W 37.0-43.05.0-10.01-30-250-7020-402-8150-400 | g/dl[10^36/uL](%)[10^36/uL](%)(%)(%)(%)(%)[10^36/uL] |

1. **Data Pengobatan**

**Oral :**

**Intravena :**

* IVFD RL 20 gtt/mnt
* IVFD D 5% 30 cc

**Injeksi :**

* Ceftriaxone 2x1 gram/hari : Antibiotik
* OMZ 2x20 mg/hari : obat anti sekresi, digunakan untuk pengobatan asam lambung dan nyeri ulu hati.
* Tramadol 3x50 mg/hari : Analgetik
* Kalnex 3x500 mg/hari : Analgetik
* Vit K 3x2 mg/hari : digunkan untuk menghentikan perdarahan
* Vit C 3x20 mg/hari : digunakan untuk menghentikan perdarahan
1. **Data Fokus**
2. **Data Subjektif**
* Klien mengatakan terdapat luka operasi pada anus dan perut bagian kanan
* Klien mengatakan luka kolostomy terdapat plastik penampung kotoran yang keluar
* Klien mengatakan badan terasa lemas
* Klien mengatakan mual dan muntah
* Klien mengatakan nafsu makan menurun
* Klien mengatakan aktivitas di bantu keluarga
* Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri
1. **Data Objektif**
* Tampak ada luka operasi pada anus dan perut bagian kiri
* Tampak ada luka op laparatomi
* Tampak luka kolostomy terdapat plastik penampung kotoran yang keluar
* Tampak Luka Operasi bersih dan masih basah
* Klien tampak lemas
* Badan klien berbau
* Mulut klien berbau
* Klien tampak kusut
* Klien tampak mual dan muntah setelah makan
* Klien tampak mengahabiskan ½ porsi makanan
* TTV :

TD : 110/80 mmHg

Nafas : 20 x/menit

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,8oC

**ANALISA DATA**

Tabel 3.4 Analisa data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **MASALAH** | **ETIOLOGI** |
| 1. | **DS** :* Post Op Miles EC CA-Recti dan Colostomy
* klien mengatakan terdapat luka operasi pada anus dan perut bagian kiri
* Klien mengatakan luka kolostomy terdapat plastik penampung kotoran yang keluar

**DO :*** Tampak luka kolostomy terdapat plastik penampung kotoran yang keluar
* Tampak Luka Operasi bersih dan masih basah
 | Kerusakan integritas kulit | bekas insisi bedah kolostomi |
| 2 | **DS :** * Klien mengatakan badan terasa lemas
* Klien mengatakan mual dan muntah
* Klien mengatakan nafsu makan menurun

**DO :*** Klien tampak lemas
* Klien tampak mual dan muntah setelah makan
* Klien tampak mengahabiskan ½ porsi makanan
 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | Intake yang tidak adekuat |
| 3 | **DS :*** Klien mengatakan badan terasa lemas
* Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga
* Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri

**DO :*** Klien tampak lemas
* Klien tampak kusut
* Klien berbau
* Mulut klien berbau
 | Defisit Perawatan Diri | Kelemahan fisik |

* 1. **Diagnosa Keperawatan**
1. Kerusakan integritas kulit
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Defisit Perawatan Diri

**3.3 Intervensi Keperawatan**

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)** | **Intervensi Keperawatan (NIC)** |
| 1 | Kerusakan integritas kulit  | **Tissue Integrity : Skin and Mucous Membran** Kriteria Hasil :1. Integritas kulit yang baik dapat dipertahankan
2. Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan
3. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
4. Mampu untuk melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan kulit
 | **Pressure Management*** 1. Inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan atau tanda-tanda dehisensi atau eviserasi pada area insisi
	2. Inspeksi luka pada setiapmengganti balutan
	3. Kaji lokasi, luas dan kedalaman
	4. Kaji ada atau tidaknya jaringan nekrotik.
	5. Deskripsikan warna, bau dan banyaknya
	6. Kaji ada atau tadaknya tanda-tanda infeksi luka setempat
	7. Kaji ada atau tidaknya perluasan luka kejaringan dibawah kulit dan pembentukan saluran sinus
 |
| 2 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Intake yang tidak adekuat | Nutritional Status Nutritional Status : Food and Fluid Intake Nutritional Status : Nutrient Intake Weight Control Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badab sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 | **Manajemen Nutrition**1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi
7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
 |
| 3 | Defisit Perawatan Diri  | Self care : Activity of Daily Living (ADLs)**Kriteria Hasil :**·  Klien terbebas dari bau badan·  Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs·  Dapat melakukan ADLS dengan bantuan | S**elf Care assistane : ADLs**1. Monitor kemempuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting.
3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
5. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
6. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
7. Bantu klien untuk perawatan diri, seperti mandi, dan berdandan
8. Berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan.
9. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.
10. Ajarkan keluarga untuk perawatan diri klien
 |

* 1. **Catatan Perkembangan**

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/tanggal** | **Diagnosa Keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Paraf** | **Evaluasi** |
| 1 | Senin, 19 Juni 2017 | Kerusakan integritas kulit  | 09.00 WIB09.1509.2009.2509.3009.3509.4009.40 | 1. Mengobservasi adanya kemerahan, pembengkakan atau tanda-tanda dehisensi atau eviserasi pada area insisi
2. Mengobservasi luka pada setiapmengganti balutan
3. Mengkaji Lokasi, luas dan kedalaman
4. Mengkaji Ada atau tidaknya jaringan nekrotik.
5. Mengdeskripsikan warna, bau dan banyaknya
6. Mengkaji Ada atau tadaknya tanda-tanda infeksi luka setempat
7. Mengkaji Ada atau tidaknya perluasan luka kejaringan dibawah kulit dan pembentukan saluran sinus
 |  | 13.00 WIB**S :** Klien mengatakan ada luka op pada abdomen sebelah kiri, luka op lurus pada abdomen dan luka op pada anus**O :*** Ada luka kolostomy pada perut bagian kiri, luka kolostomy terpasang plastik penampung feses, kondisi luka baik dan bersih dan masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi
* Ada luka laparatomi dengan panjang ±15 cm, kondisi luka bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi
* Ada luka op Miles pada anus, kondisi luka baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi

**A :** Masalah gangguan integritas kulit belum tertasi**P :**Implementasi 1-7 Lanjut |
| 2 | Senin, 19 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | 09.00 WIB09.15092009.2509.3509.4009.45 | 1. Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Memastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Mengintruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
 |  | 13.00 WIB**S :*** Klien mengatakan nafsu makan masih menurun
* Klien mengatakan muntah sehabis makan
* Klien mengatakan tidak mengahbiskan porsi makanan

**O :*** Klien tampak mual dan muntah sehabis makan
* Klien tampak menghabiskan ½ porai makanan
* Klien tampak lemas
* BB : 51 kg

**A :**Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi**P :**Implementasi 1-6 Lanjut |
| 3 | Senin, 19 Juni 2017 | Defisit Perawatan Diri  | 09.00 WIB09.1509.2009.2509.30 | 1. Memonitor kemempuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting.
3. Mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
4. Mengjarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
5. Membantu klien untuk perawatan diri, seperti mandi, dan berdandan
6. Mengajarkan keluarga untuk perawatan diri klien
 |  | 13.00 WIB**S :** * Klien mengatakan masih dibantu untuk mandi
* Klien mengatakan nyaman setelah dibantu untuk mmandi

**O:*** Klien tampak bersih dan rapi
* Keluarga tampak membantu klien dengan perawatan diri

**A :**Masalah Defisit Perawatan Diri teratasi**P :** Implementasi 1,2,3,4 dan 5 dilanjutkan |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Selasa, 20 Juni 2017 | Gangguan integritas kulit  | 09.00 WIB09.1509.2009.2509.3009.3509.409.50 | 1. Mengobservasi adanya kemerahan, pembengkakan atau tanda-tanda dehisensi atau eviserasi pada area insisi
2. Mengobservasi luka pada setiapmengganti balutan
3. Mengkaji Lokasi, luas dan kedalaman
4. Mengkaji Ada atau tidaknya jaringan nekrotik.
5. Mendieskripsikan warna, bau dan banyaknya
6. Mengkaji Ada atau tadaknya tanda-tanda infeksi luka setempat
7. Mengkaji Ada atau tidaknya perluasan luka kejaringan dibawah kulit dan pembentukan saluran sinus
 |  | 13.00 WIB**S :*** Klien mengatakan ada luka op pada abdomen sebelah kiri, luka op lurus pada abdomen dan luka op pada anus
* Klien mengatakan nayaman setelah luka dibersihkan

**O :*** Luka kolostomy pada perut bagian kiri, luka kolostomy masih terpasang plastik penampung feses, kondisi luka baik dan bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi
* Luka laparatomi dengan panjang ±15 cm, kondisi luka bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi
* Luka op Miles pada anus, kondisi luka baik, luka sudah tampak mulai kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi

**A :** Masalah gangguan integritas kulit belum tertasi**P :**Implementasi 1-7 Lanjut |
| 2 | Selasa, 20 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | 09.00 WIB09.15092009.2509.3509.4009.45 | 1. Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Memastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Mengintruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
 |  | 13.00 WIB**S :*** Klien mengatakan nafsu makan masih menurun
* Klien mengatakan masih muntah sehabis makan
* Klien mengatakan tidak mengahbiskan porsi makanan
* Klien mengatakan nyaman setelah luka dibersihkan

**O :*** Klien tampak mual dan muntah sehabis makan
* Klien tampak menghabiskan ½ porai makanan
* Klien tampak masih lemas
* BB : 51 kg

**A :**Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi**P :** Implementasi 1,2,3,4,5 dan 6 Lanjut |
| 3 | Selasa, 20 Juni 2017 | Defisit Perawatan Diri  |  | 1. Memonitor kemempuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting.
3. Mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
4. Mengjarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
5. Membantu klien untuk perawatan diri, seperti mandi, dan berdandan
6. Mengajarkan keluarga untuk perawatan diri klien
 |  | **13.00 WIB** **S :*** Klien mengatakan sudah bisa mandi sendiri
* Klien mengatakan badan terasa segar setelah mandi

**O :*** Klien tampak segar dan rapi
* Klien tampak mandiri dalam perawatan diri

**A :**Masalah Defisist perawatan diri teratasi**P :**Implementasi dihentikan |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Rabu, 21 Juni 2017 | Kerusakan integritas kulit  | 09.00 WIB09.1509.2009.2509.3009.3509.4009.5012.00 | 1. Mengobservasi adanya kemerahan, pembengkakan atau tanda-tanda dehisensi atau eviserasi pada area insisi
2. Mengobservasi luka pada setiapmengganti balutan
3. Mengkaji Lokasi, luas dan kedalaman
4. Mengkaji Ada atau tidaknya jaringan nekrotik.
5. Mendieskripsikan warna, bau dan banyaknya
6. Mengkaji Ada atau tadaknya tanda-tanda infeksi luka setempat
7. Mengkaji Ada atau tidaknya perluasan luka kejaringan dibawah kulit dan pembentukan saluran sinus
8. Mengajarkan cara perawatan kolostomy kepada klien dan keluarga
 |  | 13.00 WIB**S :*** Klien mengatakan ada luka op pada abdomen sebelah kiri, luka op lurus pada abdomen dan luka op pada anus
* Klien mengatakan nyaman setelah luka dibersihkan

**O:*** Klien tampak mengerti cara peratan colostomy
* Luka kolostomy pada perut bagian kiri, luka kolostomy masih terpasang plastik penampung feses, kondisi luka baik dan bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi
* Luka laparatomi dengan panjang ±15 cm sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi
* Luka op Miles tampak sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi
* Klien mengerti cara perawatan luka kolostomy
* Klien dan kluarga tampak paham dengan cara perawatan kolostomy

**A :**Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi**P :**Implementasi dihentikan karena psien pulang |
| 2 | Rabu, 21 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | 09.00 WIB09.1509.2009.2509.3009.3509.40 | 1. Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Memastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Mengintruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan
 |  | 13.00 WIB**S :*** Klien mengatakan nafsu makan sudah mulai naik
* Klien mengatakan mengahbiskan porsi makanan

**O :*** Klien tampak menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan
* Turgor kulit baik
* Apabila kulit dicubit kembali <2 detik
* BB : 51 kg

**A :** Masalah ketidakseimbangan nutrisi teratasi**P :**Implementasi dihentikan karena pasien pulang |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Asuhan Keperawatan Pada Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 didapatkan pembahasan sebagai berikut:

* 1. **Pengkajian**

Berdasarkan tinjauan teoritis tentang pengkajian pada pasien Gastroentritis sesuai dengan tinjauan kasus pada pengkajian pada Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles. Pasien mengalami BAB darah sejak ± 2 bulan SMRS, bercampur nanah, berbau busuk, nyeri (+), badan terasa lemas, mual dan muntah (+), nafsu makan menurun, klien mengatakan terdapat luka operasi pada anus dan perut bagian kiri, luka kolostomy terdapat plastik penampung kotoran yang keluar. Hasil pemeriksaan didapatkan pasien tampak lemah, mual dan muntah, terdapat luka post op pada anus dan kolostomy pada perut bagian kiri. Hasil pemeriksaan didapatkan TD : 110/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 36,8 0C, BB/TB 51 kg/150 cm. Pemeriksaan Labor (20 Juni 2017) Hb : 11.0 g/dl, Leokosit : 9.61gd/L, Trombosit : 150-400 uL.

Hal ini sejalan dengan teori yang Kanker kolorektal (colo-rectal carcinoma) atau disebut juga kanker usus besar adalah kanker yang terjadi ketika sel-sel abnormal tumbuh pada lapisan kolon atau rektum.

Tanda dan gejala Pasien yang menderita kanker kolorektal ditandai oleh perubahan kebiasaan buang air besar. Gejala tersebut meliputi (Alteri, et al, 2011) : Diare atau sembelit, Merasa bahwa usus tidak kosong., Ditemukannya darah (baik merah terang atau sangat gelap) di feses, Feses yang dikeluarkan lebih sedikit dari biasanya, Sering mengalami sakit perut, kram perut, atau perasaan penuh atau kembung, Kehilangan berat badan tanpa alasan yang diketahui, Merasa sangat lelah sepanjang waktu, Mual atau muntah, pasien lemas dan lesu.

Menurut asumsi penulis tidak ada perbedaan yang spesifik antara kasus dengan teori. Sehingga dapat disimpulkan diagnosa keperawatan yang ada di teori juga ditemukan pada kasus Ny.N dengan Ca-Recti Post Miles.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil pengkajian didapatkan 3 masalah keperawatan, yaitu :

* + - 1. Kerusakan integritas kulit
			2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
			3. Defisit Perawatan Diri

Sedangkan pada tinjauan teoritis ada 5 masalah keperawatan, yaitu :

1. Nyeri akut
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Resiko infeksi
4. Kerusakan integritas kulit
5. Gangguan konsep diri

Namun ada tiga masalah keperawatan yang tidak ada muncul didalam tinjauan kasus pada Ny.N, yaitu : Nyeri akut, Resiko infeksi dan Gangguan konsep diri, dikarenakan tidak adanya data pendukung yang ada didalam tinjauan kasus untuk mengangkat masalah tersebut dan ada satu diagnosa keperawatan yang ada didalm tinjauan kasus, tetapi tidak ada didalm tinjauan teoritis, yaitu Defisit perawatan diri, dikarenakan adanya data yang ada didalam pengkajian kasus untuk mengangkat masalah tersebut.

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Dalam penyusunan rencana keperawatan penulis menggunakan rencana keperawatan berdasarkan standar NIC-NOC NANDA. Dalam kasus rencana keperawatan yang muncul diantaranya adalah:

Untuk diagnosa Kerusakan integritas kulit berdasarkan tinjauan teoritis dilakukan intervensi 7 rencana keperawatan, yaitu :

1. Inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan atau tanda-tanda dehisensi atau eviserasi pada area insisi
2. Inspeksi luka pada setiapmengganti balutan
3. Kaji Lokasi, luas dan kedalaman
4. Kaji ada atau tidaknya jaringan nekrotik.
5. Deskripsikan warna, bau dan banyaknya
6. Kaji Ada atau tadaknya tanda-tanda infeksi luka setempat
7. Kaji Ada atau tidaknya perluasan luka kejaringan dibawah kulit dan pembentukan saluran sinus

Sedangkan pada tinjauan kasus juga dilakukan 7 rencana tindakan keperawatan.

Untuk diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 7 rencana keperawatan, yaitu :

1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi
2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.
4. Pastikan makan disajikan dengan cara yang menarik
5. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
6. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi
7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan

Untuk diagnosa Defisist perawatan diri berdasarkan tinjauan kasus ada 10 rencana keperawatan, yaitu :

1. Monitor kemempuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
5. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
6. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
7. Bantu klien untuk perawatan diri, seperti mandi, mencukur dan berdandan
8. Berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan.
9. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.
10. Ajarkan keluarga untuk perawatan diri klien

Untuk diagnosa Gangguan konsep diri yang berdasarkan tinjauan teoritis ada 4 rencana keperawatan, yaitu :

1. Bina hubungan saling percaya dan menjelaskan semua prosedur dan tujuan dengan singkat dan jelas
2. Kaji penerimaan pasien akan tubuhnya
3. Sampaikan hal-hal positif secara mutlak
4. Libatkan keluarga dan orang terdekat untuk memberikan suppor
	1. **Implementasi**

Implementasi keperawatan yang dilakukan juga disesuaikan dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Ny.N, untuk diagnosa gangguan integritas kulit dimana intervensi scissoris manajemen implementasi yang dilakukan mengobservasi adanya kemerahan, pembengkakan atau tanda-tanda dehisensi atau eviserasi pada area insisi, mengobservasi luka pada setiapmengganti balutan, mengkaji lokasi, luas dan kedalaman, mengkaji ada atau tidaknya jaringan nekrotik, mengdeskripsikan warna, bau dan banyaknya, mengkaji ada atau tadaknya tanda-tanda infeksi luka setempat, mengkaji ada atau tidaknya perluasan luka kejaringan dibawah kulit dan pembentukan saluran sinus.

Diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh intervensi dilakukan manajemen nutrition dan implementasi yang dilakukan Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien utnuk memenuhi kebutuhan gizi, Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, Memastikan makan disajikan dengan cara yang menarik , Mengintruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi, Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan berat badan.

Diagnosa defisit perawatan diri intervensi yang dilakukan Self Care assistane : ADLs dan implementasi yang dilaksanakan yaitu : memonitor kemempuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, memonitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting,  mendorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya, mengajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya, membantu klien untuk perawatan diri, seperti mandi, dan berdandan, Mengajarkan keluarga untuk perawatan diri klien

* 1. **Evaluasi**

Untuk Diagnosa Kerusakan integritas kulit, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam Luka kolostomy masih terpasang kantong plastik, luka laparatomi sudah mulai kering, luka op miles sudah mulai kering. Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi.

Untuk Diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam Klien mengatakan nafsu makan naik, Klien mengatakan mengahabiskan porsi makanan, Turgor kulit baik, masalah teratasi.

Untuk diagnosa Defisit perawatan diri, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam klien sudah bisa mandi sendiri, klien sudah rapi dan masalah defisit perawatan diri tertasi.

**BAB V**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**

Kanker kolorektal (colo-rectal carcinoma) atau disebut juga kanker usus besar adalah kanker yang terjadi ketika sel-sel abnormal tumbuh pada lapisan kolon atau rektum. Umumnya, kanker kolorektal jarang ditemukan sebelum usia 40 tahun dan resiko terjadinya kanker kolorektal akan meningkat pada usia 50 tahun. Berdasarkan asuhan keperawatan yang ditemukan pada Ny.N dapat disimpulkan :

* + 1. **Pengkajian**
	1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian pada tanggal 19 Juni 2017 Jam 08.00 WIB. Klien mengatakan klien CA-Recti Post Miles dan Colostomy pada hari Kamis tanggal 14 Juni 2017, luka operasi pada anus dan perut bagian kiri, luka kolostomy, badan terasa lemas, semua aktivitas klien dibantu keluarga, klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri. mual dan muntah, nafsu makan menurun, mual dan muntah.

* 1. Riwayat kesehatan dahulu

Sebelumnya klien belum pernah di rawat dan klien tidak pernah mengalami riwayat penyakit Hipertensi, DM.

* 1. Riwayat kesehatan keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan klien dan tidak ada angggota keluarga yang pernah mengalami riwayat penyakit Hipertensi, DM dan asma.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien adalah

1. Kerusakan integritas kulit
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Defisit Perawatan Diri
	* 1. **Intervensi Keperawatan**

Iintervensi yang dilakukan yaitu Scissoris manajement, Manajement Nutrition, Self Care assistane : ADLs,.

* + 1. **Implementasi**

Pada implementasi hampir semuanya dapat dilaksanakan sesuai dengan yang tercantum pada intervensi, baik berupa tindakan mandiri maupun kolaborasi.

* + 1. **Evaluasi**

Berdasarkan yang telah dilakukan maka didapatkan untuk ke tiga diagnosa yang muncul diantaranya Kerusakan integritas kulit belum teratsi, Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi, Defisit perawatan diri teratasi.

* 1. **Saran**
1. Bagi keluarga klien

Disarankan keluarga mampu memberikan perawatan yang baik dirumah, mampu memberikan dukungan moril dan pemulihan kesehatan.

1. Bagi institute pendidikan

Diharapkan kepada institusi pendidikan agar menambah referensi tentang buku gangguan sistem gastrointestinal, CA-Recti, Operasi Miles dan Lapaaratomy.

1. Bagi Institusi rumah sakit

Disarankan bagi pihak rumah sakit memberikan penyuluhan dan informasi mengenai CA-Recti kepada keluarga dan klien, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi tentang CA-Recti.

**DAFTAR PUSTAKA**

Alteri, R. et al. (2011). *Colorectal Cancer Facts & Figure 2011-2013*. Atlanta: American Cancer Society.

American Cancer Society. 2011. *Breast Cancer Facts and Figures 2011-2012*. Available from: www.cancer.org. (accessed: 29 July 2013).

American Cancer Society. 2014*. Cancer Facts & Figures*. <http://cancer.org.html>. 14 Juni 2014.

Asmadi. ( 2008 *). Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC

Brunner & Suddarth. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Volume II. Edisi 8. Jakarta: EGC; 2010.

Gontar Alamsyah Siregar. (2007). *Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Kanker Usus Besar*. Medan: Universitas Sumatera Utara

John Hopkins Medicine Colon Cancer Centre. 2015. *A Patient’s Guide to Rectal Cancer. MD Anderson Cancer Center,University of Texas*

National Cancer Institute. 2009. Breast Cancer.

http://cancerweb.ncl.ac.uk/cancernet/100013.html. 3 maret 2009.

*National Institute of Health. 2013. Causes of cancer colorectral*, cancer kolekteral Information.

Potter, P.A, Perry, A.G.*Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik*.Edisi 4.Volume 1.Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC.2005

Sjamsuhidajat and Wim de jong. Buku Ajar Ilmu Bedah. 2003.

Tambayong, Jan.2010. *Patofisiologi Untuk Perawatan*. Jakarta : EGC