**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.D**

**DENGAN CA REKTI POST COLONOSTOMY**

**DI RUANGAN RAWAT INAP BEDAH**

**RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR**

**BUKITTINGGI**

**TAHUN 2016**

****

**OLEH :**

**DONI SETIA BUDI**

**NIM : 13103084015386**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2016**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.D**

**DENGAN CA REKTI POST COLONOSTOMY**

**DI RUANGAN RAWAT INAP BEDAH**

**RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR**

**BUKITTINGGI**

**TAHUN 2016**

**LAPORAN STUDI KASUS**

***Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang***

****

**OLEH :**

**DONI SETIA BUDI**

**NIM : 13103084015386**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2016**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.D Dengan Ca Rekti Post Colonostomy Di Ruangan Rawat Inap Bedah Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”** ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2016

Pembimbing

**Ns. Ida Suryati, M.Kep**

**NIK : 1420130047501027**

Mengetahui

Ka Prodi D III Keperawatan

STIKes Perintis Padang

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

**NIK : 1420123106993012**

**PERNYATAAN PENGUJI**

Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.D Dengan Ca Rekti Post Colonostomy Di Ruangan Rawat Inap Bedah Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”** ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Tim Penguji

Penguji I,

**Ns. Vera Sesrianty, S.Kep**

**NIK : 1440102110909052**

Penguji II,

**Ns. Ida Suryati, M.Kep  
NIK : 1420130047501027**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

1. **Identitas Penulis**

**Nama : DONI SETIA BUDI**

**Tempat / Tanggal Lahir : Kp. Tongah, 8 Juni 1992**

**Alamat : Kp. Tongah, Jor. Petok, Panti-Pasaman**

1. **Nama Orang Tua**

**Ayah : BAKRI**

**Ibu : MARINIS**

1. **Pendidikan**

* **SDN 49 Petok : 1999 - 2006**
* **SMPN 1 Panti : 2006 - 2009**
* **SMAN 1 Panti : 2009 - 2012**
* **STIKes Perintis Sumatera Barat : 2013 - 2016**

## KATA PENGANTAR

Penulis mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan Karunia-Nya, yang selalu dicurahkan kepada seluruh makhlukNya. Salawat serta salam dikirimkan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah dengan nikmat dan hidayahNya, penulis telah dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.D dengan Ca Rekti Post Colonostomy di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”.

Penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setulus-tulusnya kepada ibu Ns.Ida Suryati,M.Kep sebagai pembimbing, yang telah memberikan motivasi, nasehat dan bimbingan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada kakanda Ns.Vera Sesrianty,S.Kep sebagai penguji, yang telah banyak membantu penulis dalam berbagai hal. Selain itu penulis juga mengucapkan terima kasih 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 D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan
4. Ibu Reni Susanti, S.Kp, M.Kep, Ns, Sp.Kep.MB selaku Kepala Ruangan Rawat Inap Bedah RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatra Barat
5. Bapak Ns.Falerisiska Yunere,M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pedidikan.
6. Bapak dan Ibu dosen pengajar D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama penulis mengikuti pedidikan.
7. Seluruh teman-teman, serta rekan-rekan mahasiswa lain yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan dalam bentuk apapun mulai saat pendidikan sampai terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tercinta dan seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do’a yang tulus dan ikhlas demi kesuksesan Penulis.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dan kritikan yang bersifat membangun agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat lebih baik dan menuju kesempurnaan.

Akhir kata kepada-Nya juga kita berserah diri, semoga Karya Tulis Ilmiah ini berguna dan bermanfaat bagi semua pihak. Amin

Bukittinggi, Juli 2016

Penulis

**DAFTAR ISI**

**Halaman**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**PERNYATAAN PENGUJI**

**KATA PENGANTAR i**

**DAFTAR ISI iii**

**DAFTAR TABEL v**

**DAFTAR GAMBAR vi**

**DAFTAR LAMPIRAN vii**

**BAB I PENDAHULUAN**

1. Latar Belakang 1
2. Tujuan Penulisan
3. Tujuan Umum 2
4. Tujuan Khusus 3
5. Manfaat Penulisan
6. Bagi Penulis 4
7. Bagi Institusi Pendidikan 4
8. Bagi Institusi Rumah Sakit 4

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

1. Konsep Dasar Gangren Diabetikum
2. Pengertian 5
3. Anatomi Fisiologi 6
4. Etiologi 8
5. Manifestasi Klinis 9
6. Patofisiologi / WOC 10
7. Pemeriksaan Penunjang 16
8. Penatalaksanaan 17
9. Komplikasi 22
10. Asuhan Keperawatan Teoritis
11. Pengkajian 23
12. Diagnosa 28
13. Intervensi 29
14. Implementasi 39
15. Evaluasi 39

**BAB III TINJAUAN KASUS**

1. Asuhan Keperawatan
2. Pengkajian 40
3. Diagnosa Keperawatan……………………………. 54
4. Intervensi………………………….………………. 55
5. Implementasi dan Catatan Perkembangan 58

**BAB IV PEMBAHASAN**

1. Pengkajian 70
2. Diagnosa Keperawatan 72
3. Intervensi Keperawatan 73
4. Implementasi Keperawatan 75
5. Evaluasi 76

**BAB V PENUTUP**

1. Kesimpulan 77
2. Saran 79

**DAFTAR PUSTAKA**

**DAFTAR TABEL**

**Tabel 2.1 Stadium Ca Rekti 15**

**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Teoritis 30**

**Tabel 3.1 Data Biologis 46**

**Tabel 3.2 Data Pengobatan 49**

**Tabel 3.3 Analisa Data 52**

**Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan Kasus 55**

**Tabel 3.5 Catatan Perkembangan 58**

**DAFTAR GAMBAR**

**Anatomi Kolon dan Rektal 6**

**DAFTAR LAMPIRAN**

**Lampiran I Lembaran Konsul**

**Lampiran II Absensi**

**Lampiran III Daftar Riwayat Hidup**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Kanker usus besar atau kanker kolorektal adalah salah satu dari penyakit kanker dengan prevalensi yang cukup tinggi. Kanker kolorektal merupakan keganasan atau pertumbuhan sel abnormal pada area usus besar dan rektum. Jumlah penderita kanker usus besar dan rektum cukup banyak di Indonesia,khususnya di perkotaan. Kanker usus besar merupakan jenis kanker ketiga terbanyak di Indonesia menurut Depkes dengan jumlah kasus 1,8 dalam 100.000 penduduk (RS Dharmais, n.d). Rahmianti (2013) menuliskan, sekitar 608.000 orang di dunia meninggal akibat kanker kolorektal setiap tahun. Menurut *World Healh Organization* (WHO) pada setiap tahunnya sekitar 1.666 orang meninggal akibat kanker kolorektal. Pada negara Amerika, setiap individu dinyatakan memiliki resiko terkena kanker kolorektal sebanyak kurang lebih 6% (Zhang,2008). Faktor resiko kanker kolorektal lebih sering terdapat pada gaya hidup masyarakat di perkotaan, diantaranya ialah obesitas, diet tinggi lemak,konsumsi daging merah, konsumsi makanan olahan, kurangnya konsumsi buah dan sayur, konsumsi alkohol, merokok dan kurangnya olahraga secara teratur dan terukur (Newton, 2009).

Di Indonesia, kanker kolorektal menempati urutan kanker nomor tiga paling banyak ditemui setelah kanker payudara dan paru. Kanker kolorektal adalah kanker yang berasal dari sel-sel di usus besar dan rektum, dimana insidennya banyak dijumpai di negara-negara berkembang, menurut Jemal A et al. CA Cancer J Clin 2010;59:70–89.

Akibat yang biasa terjadi pada kasus Ca Rekti post op colonostomy, berfokus pada kondisi bio, psiko, social pasien antara lain sangat mempengaruhi tingkat kecemasan, kegelisahan bagi pasien dan keluarga sehingga secara langsung atau tidak langsung aktifitas sehari- hari pasien juga ikut terganggu. Jika masalah keperawatan diatas tidak dilakukan tindakan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi. Oleh sebab itu perawat dituntut dalam memberikan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian masalah yang dihadapi pasien, merencanakan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah pasien, mengimplementasi rencana yang telah ditetapkan serta mengevaluasi keberhasilan tindakan yang telah dilakukan.

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

Mampu melakukan asuhan keperawatan dengan klien Ca Rekti post op colonostomy serta mendapatkan pengalaman nyata tentang asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Memahami konsep teoritis tentang defenisi, etiologi manifestasi klinis Ca Rekti post op colonostomy di ruang rawat inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.
2. Mampu melakukan pengkajian dan mengidentifikasi data asuhan keperawatan pada klien dengan Ca Rekti post op colonostomy di ruang rawat inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy di ruang rawat inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.
4. Mampu menyusun perencanaan pada asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy di ruang rawat inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.
5. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy di ruang rawat inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.
6. Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy di ruang rawat inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.
7. Mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy di ruang rawat inap Bedah Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016.
   1. **Manfaat Penulisan**
      1. **Bagi Penulis**

Di harapkan dapat menambah pemahaman penulis tentang asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy. Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman penulis dalam menyusun asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy.

* + 1. **Bagi InstitusiPendidikan**

Sebagai penyumbang ilmu asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy, sehingga dapat menambah referensi dan acuan dalam memahami asuhan keperawatan klien dengan Ca Rekti post op colonostomy.

* + 1. **Bagi Institusi Rumah Sakit**

Memberikan masukan pada tim kesehatan Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Ca Rekti post op colonostomy.

1. **Implementasi**

Setelah rencana tindakan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan observasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau keluarga tentang tindakan yang akan kita lakukan.

1. **Evaluasi**

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP ( data subjektif, data objektif, analisa dan planning ). Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

* 1. **Konsep Dasar**

1. **Pengertian**

Kanker adalah sebuah proses penyakit yang ditandai dengan adanya sel abnormal yang di transformasikan oleh mutasi genetik dari sel DNA (Smeltzer & Bare, 2002). Kanker kolorektal adalah kanker yang terdapat pada kolon dan rektum. Zhang (2008) mengatakan kanker kolorektal merupakan bentuk malignansi yang terdapat pada kolon asending, transversal, desending, sigmoid dan rektal. Kanker kolorektal dapat di definisikan sebagai keganasan atau pertumbuhan sel abnormal pada area usus besar (kolon) dan rektum. Kanker rektum adalah keganasan yang terjadi pada bagian rektum. Karsinoma rekti adalah tumbuhnya sel2 ganas di daerah rektum (Smeltzer & Bare, 2002)

Karsinoma rekti adalah suatu keadaan dimana terjadi pertumbuhan jaringan abnormal pada daerah rektum. Keganasan terjadi akibat gangguan proliferasi sel epitel yg tidak terkendali & tumbuh ke dalam lumen & dapat menyebar ke usus sebagai cincin anular (Price and Wilson, 2006).

1. **Anatomi Fisiologi**

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Inspiron\Documents\CA RECTI\files_of_drsmed_anatomi_rektum.jpg | C:\Users\Inspiron\Documents\CA RECTI\ca rectum.jpg |

(a) (b)

**Gambar 1-1**

(a) anatomi kolon dan rektum, (b) anatomi kolon dan rektum dengan indikasi Ca rekti.

Usus besar atau kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Usus besar terdiri dari :

1. Kolon asendens (kanan)
2. Kolon transversum
3. Kolon desendens (kiri)
4. Kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum)

Usus buntu atau sekum dalam istilah anatomi adalah suatu kantung yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar. Organ ini ditemukan pada mamalia, burung, dan beberapa jenis reptil. Sebagian besar herbivora memiliki sekum yang besar, sedangkan karnivora eksklusif memiliki sekum yang kecil, yang sebagian atau seluruhnya digantikan oleh umbai cacing.

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB). Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektumakan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan keusus besar, di mana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidakterjadi untuk periode yang lama, konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi.Orang dewasa dan anak yang lebih tua bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB.

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lannya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar  BAB), yang merupakan fungsi utama anus.

* + 1. **Etiologi**

Secara pasti malformasi anorektal belum diketahui, namun ada sumber mengatakan kelainan bawaan anus disebabkan oleh gangguan pertumbuhan, dan pembentukan anus dari tonjolan embriogenik.Pada kelainan bawaan anus umumnya tidak ada kelainan rectum. Namun demikian pada agenesis anus, sfingter internal mungkin tidak memadai, menurut peneletian beberapa ahli masih jarang terjadi bahwa gen autosomal resesif yang menjadi penyebab malformasi anorektal. Orang tua yang mempunyai gen carrier penyakit ini mempunyai peluang sekitar 25% untuk diturunkan pada anaknya saat kehamilan. 30% anak yang mempunyai sindrom genetic, kelainan kromosom atau kelainan congenital lain juga beresiko untuk menderita malformasi anorektal. Sedangkan kelainan bawaan rectum terjadi karena gangguan pemisahan kloaka menjadi rectum dan sinus urogenital sehingga biasanya disertai dengan gangguan perkembangan septumurorektal yang memisahkannya. (Suriadi, 2006)

Ada beberapa factor resiko yang perlu diperhatikan dalam menangani karsinoma ini, yaitu :

1. Usia lebih dari 50 tahun
2. Faktor keturunan
3. Faktor genetik
4. Alkohol
5. Kolesistektomi
6. Penyakit infeksi-inflamasi usus
   * 1. **Tanda dan Gejala**

Gejala utama kanker rektal adalah pendarahan dan perubahan dalam kebiasaan defekasi (bowel Habits), termasuk bertambahnya frekuensi defekasi, diare, dan urgensi. Obstruksi rectum yang progresif dapat menyebabkan berkurangnya caliber feses. Rasa nyeri yang berhubungan dengan kanker rectum dianggap sebagai tanda yang buruk karena biasanya merupakan menifestasi infiltrasi tumor kedalam jalur syaraf. Gejala kanker yang lanjut secara local seperti tenesmus, rasa nyeri, dan pendarahan dapat dihilangkan dengan terapi radiasi yang diarahkan ke daerah pelvis

Gejala sangat ditentukan oleh kanker. Gejala yang paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan, dan keletihan. Gejala yang sering dihubungkan dengan lesi sebelah kanan adalah nyeri dangkal abdomen dan melena. gejala yang sering dihubungkan dengan

lesi kiri adalah berhubungan dengan obstruksi ( nyeri abdomen, kram, penipisan feses, konstipasi, dan distensi) serta adanya darah merah pada feses. ( Brunner & Suddarth, 2013).

Menurut timcancerhelp (2011) kanker kolorektal biasanya tidak menimbulkan tanda dan gejala pada stadium awal. Gejala kanker biasanya timbul pada stadium lanjut. Berikut beberapa gejala kanker kolorektal.

1. Tinja berbentuk runcing seperti pensil
2. Adanya darah dalam tinja
3. Perubahan kebiasaan defekasi
4. Sakit perut
5. Sering kelelahan
6. Penurunan bobot badan secara drastis tanpa penyebab yang jelas
   * 1. **Patofisiologi**

Anus dan rectum berasal dari struktur embriologi yang disebut kloaka. Pertumbuhan kedalam sebelah lateral bangunan ini membentuk septum urorektum yang memisahkan rectum disebelah dorsal dari saluran kencing disebelah ventral, kedua sistem (rectum dan saluran kencing) menjadi terpisah sempurna pada umur kehamilan minggu ke – 7. Pada saat yang sama, bagian urogenital yang berasal dari kloaka sudah mempunyai lubang eksternal, sedangkan bagian anus tertutup oleh membrane pada kehamilan minggu ke – 8. Kelainan dalam proses – proses ini pada berbagai stase menimbulkan suatu spectrum anomaly, kebanyakan mengenai saluran usus bawah dan bangunan genitourinaria sehingga bagian rectum kloaka menimbulkan fistula. Malformasi anorecktal terjadi akibat kegagalan penurunan septum anorektal pada kehidupan embrional. Manifestasi klinis diakibatkan adanya obstruksi dan adanya fistula. Obstruksi ini mengakibatkan distensi abdomen, sekuestrasi cairan, muntah dengan segala akibatnya. Apabila urin mengalir melalui fistel menuju rektum, maka urin akan diabsorbsi sehingga terjadi asidosis hiperchloremia, sebaliknya feses mengalir kearah traktus urinarius menyebabkan infeksi berulang. Pada keadaan ini biasanya akan terbentuk fistula antara rektum dengan organ sekitarnya. Pada wanita 90% dengan fistula ke vagina (rektovagina) atau perineum (rektovestibuler). Pada laki - laki biasanya letak tinggi , umumnya fistulamenuju ke vesika urinaria atau ke prostate. (rektovesika). pada letak rendah fistula menuju ke urethra (rektourethralis). (Brehman, 2000).

### 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.

Kanker kolon dan rectum terutama ( 90% ) adenokarsinoma ( muncul dari lapisan epitel usus). Dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar kebagian tubuh yang paling ( paling sering kehati). ( Brunner & Suddrath, 2013).

Polip di usus, colitis ulserosa, riwayat kanker pribadi, riwayat kanker kolorektal pada keluarga, factor gaya hidup dan usia diatas 50 tahun semua penyebab menyebabkan BAB mengeras, menyebabkan pengendapan feses di usus besar yang terlalu lama, lama kelamaan terjadi pertumbuhan sel yang tidak normal ( adenoma ) yang dapat bermetastasis ke organ lain akibatnya terjadi kesalahan replikasi DNA dan mutasi genetik. Distensi abdomen juga terjadi sehingga dapat menekan gaster dan terjadi peningkatan produksi HCL. ( Sylvia A, 2005 ).

**WOC**

**Stadium Ca Rekti**

Ada lima tahapan perkembangan kanker kolorektal yang umum disebut dengan stadium 0,I,II,III, dan IV. Berikut penjelasan masing-masing stadium.

( Timcancerhelp, 2012 )

**Tabel 2.1Stadium Ca Rekti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stadium** | **Keterangan** | **Penatalaksanaan** |
| 0 | Merupakan tahap ditemukannya sel-sel kanker hanya pada lapisan terdalam kolon atau rectum |  |
| I | Merupakan tahapan dimana sel-sel kanker telah tumbuh ke dinding dalam kolon atau rectum, tetapi belum menembus keluar | Pembedahan |
| II | Merupakan tahapan kanker yang mungkin telah menyerang jaringan sekitarnya, tetapi belum menyebar ke kelenjar getah bening | Pembedahan  Radioterapi  Kemoterapi |
| III | Merupakan tahapan kanker yang telah menyebar ke kelenjar getah bening disekitarnya, tetapi belum menyebar kebagian tubuh lain | Pembedahan  Radioterapi  Kemoterapi |
| IV | Merupakan tahapan kanker yang telah menyebar kebagian tubuh lain, misalnya hati dan paru-paru | Pada tahap ini biasanya dokter mempertimbangkan pengobatan dan biasanya menyarankan kemoterapi |

Penentuan stadium pada kanker rektal adalah termasuk menggunakan pemeriksaan computerized tomography scanner ( CT Scan ) dan foto dada, dan juga untuk mencari neoplasma lain di usus besar dalam bentuk poliposis atau karsinoma lainnya.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

1. Pemeriksaan laboratorium.

Pemeriksaan darah Hb, elektrolit dan tinja merupakan pemerikasaan rutin. Anemia dan hipokalemia kemungkinan ditemukan oleh karena pendarahan kecil dan produksi lendir yang lama sering terjadi . pendarahan tersembunyi dapat dilihat dari pemeriksaan tinja. CEA ( Carsinoma Embrionic Antigen) merupakan pertanda ( Marker ) serum terhadap adanya karsinoma kolon atau rectum. Namun titrasi tinggi CEA dapat juga dijumpai pada tumor lain misalnya karsinoma lambung, karsinoma bronkus dan tumor ovarium, sarcoma dan kelainan nonneoplastik, pemeriksaan CEA sangat bermanfaat, selain untuk diagnosis, juga untuk memantau hasil pengobatan dan mendeteksi kemungkinan penyakit kambuh ( Recurrent ).

1. Pemeriksaan endoskopik

Sigmoidoskopi (kaku atau fleksibel) dilakukan untuk mendeteksi adanya massa pada rektum

1. Double-contrast barium enema

Double-contrast barium enema dapat mendeteksi kebanyakan tumor kolorektal (70-85%), tetapi harus didahului oleh sigmoidoskopi fleksibel.

1. Radiografik

.CT scan dan MRI (magnetic resonance imaging) dilakukan untuk mendeteksi kanker rektum. MRI memiliki tingkat keakuratan yang lebih baik dari pada CT scan pada deteksi kanker primer, tetapi CT scan lebih murah dan lebih banyak tersedia.(Smeltzer&bare, 2002)

* + 1. **Penatalaksanaan**

Penanganan pada klien dengan Ca Rekti adalah :

1. Penatalaksanaan Keperawatan
2. Pre op
3. Nutrisi dan cairan

Bila pembedahan dijadwalkan untuk pagi hari, makanan kecil mungkin diperbolehkan pada malam sebelumnya. Pada pasien dehidrasi, dan terutama pada pasien lansia, cairan peroral seringkali dianjurkan sebelum operasi dilakukan . Selain itu, cairan mungkin diresepkan secara intravena, terutama pada paseian yang tidak mampu minum. Jika pembedahan dijadwalkan siang hari dan tidak melibatkan bagian saluran gastrointestinal manapun, sarapan pagi lunak bisa saja diberikan. Seringnya, masukan makanan atau air peroral harus sudah tidak diberikan 8-9 jam sebelum operasi. Bagaimana pun, banyak pusat ambulatory sekarang membolehkan masukan cairan jernih 2-3 jam sebelum pembedahan.Tujuan menunda pemberian makanan sebelum pembedahan adalah untuk mencegah aspirasi.Aspirasi terjadi ketika makanan dan air mengalami regurgitasi dari lambung dan masuk kedalam sistem paru.Material yang terhirup tersebut bertindak sebagai benda asing, yang mengiritasi, dan menyebabkan reaksi inflamasi yang mengganggu pertukaran yang adekuat dari udara. Aspirasi merupakan masalah serius dan menyebabkan angka mortalitas yang tinggi ( 50 % - 60 % ) ketika hal tersebut terjadi.

1. Persiapan intestinal

Pembersihan dengan enema atau laksatif mungkin dilakukan pada malam sebelum operasi dan mungkin diulang jika tidak efektif. Pembersihan ini adalah untuk mencegah defekasi selama anastesi atau untuk mencegah defekasi selama anastesi atau untuk mencegah trauma yang tidak diinginkan pada intestinal selama pembedahan abdomen.Kecuali kondisi pasien menyebabkan suatu kontraindikasi, toilet atau commode tempat tidur.

1. Persiapan Kulit

Tujuan dari persiapan kulit praoperatif adalah untuk mengurangi sumber bakteri tanpa mencederai kulit.Bila ada waktu, seperti pada bedah efektif, pasien dapat diinstruksikan untuk menggunakan sabun yang mengandung detergen-germisida untuk membersihkan area kulit selama beberapa hari sebelum pembedahan, untuk mengurangi jumlah organisme kulit.Persiapan ini dapat dilakukan dirumah.

1. Post op
   * + 1. Perawatan luka post op

Luka abdomen diperiksa dengan sering selama 24 jam pertama untuk meyakinkan bahwa luka akan sembuh tanpa komplikasi ( infeksi, hemoragi dan edema yang berlebihan). Balutan diganti sesuai kebutuhan untuk mencegah infeksi. Stoma diperiksa untuk pembengkakan.

* + - 1. Citra tubuh positif

Pasien didorong untuk mengungkapkan perasaan dan masalah yang dialami serta mendiskusikan tentang perawatan stoma. Perawatan stoma harus dipelajari dan pasien harus mulai merencanakan dan memasukkan perawatan stoma kedalam kehidupan sehari-hari.

* + - 1. Pendidikan pasien dan pertimbangan perawatan di rumah

Perencanaan pulang memerlukan upaya gabungan dari dokter, perawat, apoteker dan ahli diet. Pasien dipulangkan dari rumah sakit diberikan informasi khusus, individual sesuai dengan kebutuhan mereka, tentang perawatan ostomi dan komplikasi yang harus diobservasi. Mereka perlu mengetahui tentang kapan komplikasi membutuhkan perhatian segera ( pendarahan, distensi abdomen, diare), sehingga memiliki efek samping anorexia, muntah, diare dan kelelahan.

* + - 1. Pemantauan dan penatalaksanaan komplikasi

Kondisi pasien harus diobservasi terhadap gejala komplikasi. Tanda-tanda vital harus dipantau akan adanya peningkatan atau penurunan nadi, penurunan tekanan darah serta pendarahan yang menunjukkan hemoragi.

* + - 1. Perawatan Stoma

Terdapat beberapa masalah rehabilitasi yang khas pada pasien ileostomi, salah satunya adalah ketidakteraturan evakuasi usus. Pasien dengan ilestomi tradisional tidak dapat menciptakan kebiasaan defekasi teratur karena isi ileum sangat cair dan dikeluarkan secara terus menerus. Akibatnya pasien harus menggunakan kantung siang dan malam. Kantung ini kemudian berfungsi sebagai prosthesis usus. Dengan menggunakan kantung ini, pasien dapat melanjutkan aktivitas normal tanpa rasa takut akan adanya kebocoran atau bau. Setelah ileostomi mengalami kesembuhan, alat permanen dapat dipasang dan ditempelkan diatas kulit dengan suatu alat. Ukuran stoma harus diperiksa ulang dalam 3 minggu, bila edema telah berkurang. Ukuran akhir dan tipe alat dapat dipilih dalam 3 bulan, setelah berat badan pasien stabil dan stoma mengkerut pada ukuran stabil.

Lokasi dan panjang stoma adalah penting dalam penatalaksanaan ileostomi oleh pasien. Ahli bedah meletakkan stoma pada posisi paling dekat dengan garis tengah tubuh dan pada lokasi yang oleh pasien gemuk dengan abdomen menonjol dapat dijangkau dengan mudah. Biasanya, panjang ileostomi kira-kira 2.5 cm, yang membuatnya nyaman untuk direkatkan pada alat.( Smeltzer & bare, 2002 ).

* 1. Penatalaksanaan Medis

Pasien dengan gejala obstruksi usus diobati dengan cairan intra vena dan pengisap nasogastrik. Apabila terdapat pendarahan yang cukup bermakna, terapi komponen darah dapat diberikan.

Penatalaksanaan bedah adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif dan paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskopi. Colonostomy laparaskopik dengan polipektomi adalah suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus.( Smeltzer & bare, 2002).

Pada kasus kanker rectum pada tahap II dan III mungkin diperlukan penanganan atau pembedahan yang lebih serius. Berikut beberapa metode yang dapat dilakukan:

1. Reseksi Low Anterior

Metode ini dilakukan jika posisi kanker terletak diatas rectum dan dekat dengan pembatasan usus besar. Dokter bedah perlu membuat sayatan terbuka dibagian perut untuk mengangkat bagian yang terkena beserta kelenjar getah bening yang terinfeksi tanpa mempengaruhi fungsi anus. Pada metode ini, pasien masih dapat BAB melalui anus

1. Prostectomy dengan Colo-anal Anastomosis

Apabila letak kanker diantara bagian tengah dan dua pertiga bawah dubur, maka seluruh rectum dan usus besar yang melekat pada anus perlu diangkat. Proses ini disebut dengan colo-anal anastomosis.

1. Reseksi Abdominoperineal ( AP )

Apabila letak kanker berada dibagian bawah rectum dekat dengan anus, maka perlu dilakukan pengangkatan anus. Akibatnya perlu dibuat ostomi permanen.

1. Eksenterasi Panggul

Apabila kanker rectum telah menyebar ke organ-organ terdekat, maka perlu dilakukan pembedahan radikal, yaitu pengangkatan usus besar, anus, kandung kemih, prostat, atau rahim yang telah terinfeksi.

1. Radioterapi

Radioterapi biasa digunakan untuk mengobati kanker ketika sel kanker sudah menempel ke dalam perut atau organ lain. Radioterapi dilakukan setelah operasi pengangkatan sel kanker dengan tujuan untuk memastikan apakah sel-sel kanker yang tersisa telah mati dan mencegah kekambuhan

1. Kemoterapi

Kemoterapi dilakukan apabila kanker kolorektal telah menyebar dan tindakan pembedahan tidak dapat membantu penyembuhan. Tujuan kemoterapi adalah meningkatkan harapan hidup pasien. Obat kemoterapi dapat disuntikkan langsung kedalam pembuluh darah yang menuju ke hati apabila kanker telah menyebar ke hati. ( Timcancerhelp, 2011 )

* + 1. **Komplikasi**

Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obtruksi usus, parsial atau lengkap. Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi.perforasi dapat terjadi, dan mengakibatkan pembentukan abses. Peritonitis dan/atau sepsis dapat menimbulkan syok.( Brunner & Suddarth, 2012).

* 1. **Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya maslah baru dan melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan.(Smeltzer & bare, 2002)

Menurut Doenges (2002) dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post opColonostomy atas indikasi CA Recti menggunakan lima tahap proses keperawatan yang meliputi : Pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan desain perencanaan yang di tetapkan. Selanjtnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi.( Smeltzer&bare, 2002 )

Pengumpulan data akan menentukan kebutuhan dan masalah kesehatan atau keperawatan yang meliputi kebutuhan fisik, psikososial dan lingkungan pasien. Sumber data didapatkan dari pasien, keluarga, teman, tim kesehatan lainnya, catatan pasien dan hasil pemeriksaan laboratorium. Metode pengumpulan data melalui observasi (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi). Wawancara (berupa percakapan untuk memperoleh data yang dilakukan), catatan (catatan klinik, dokumen yang baru atau lama), literature mencakup semua materi, buku-buku, masalah dan surat kabar

1. Identitas Klien

Meliputui nama,umur, jenis kelamin, MR (medical record), pekerjaan.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Dahulu

Memiliki riwayat merokok, minum alkohol, masalah TD (tekanan darah),  perdarahan pada rektal, perubahan feses.

b.Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya alopesia,lesi,mual-muntah, nyeri ulu hati, perut begah, pusing,

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga adanya riwayat kanker.

3. Pemeriksaan Fisik

**Pemeriksaan Head to toe**

**a. Kepala:**

Inspeksi:

Kesimetrisan muka, tengkorak, kulit kepala (lesi, massa)

Palpasi:

Dengan cara merotasi dengan lembut ujung jari ke bawah dari tengah garis kepala ke samping. Untuk mengetahui adanya bentuk kepala, pembengkakan, massa, dan nyeri tekan, kekuatan akar rambut.

**b. Mata**

Inspeksi :

Kelopak mata, perhatikan bentuk dan kesimetrisannya, adanya edema, kemerahan, konjungtiva dan sklera dengan menarik/ membuka kelopak mata. Perhatikan warna, edema, dan lesi, pupil terhadap sinar cahaya langsung dan tidak langsung.

Palpasi :

Kelenjar lakrimal adanya pembengkakakn dan kemerahan.

**c. Hidung**

Inspeksi :

Hidung eksterna dengan melihat bentuk, kesimetrisan, adanya deformitas atau lesi, dan cairan yang keluar, adakah cuping hidung, funsi penciuman

Palpasi :

Lembut batang dan jaringan lunak hudung adanya nyeri, massa dan nyeri, massa dan penyimpangan bentuk, ada pembengkakan sertapalpasi sinus-sinus hidung.

**e.Telinga**

Inspeksi :

Kesimetrisan dan letak telinga, ukuran, bentuk, warna, dan adanya lesi.

Palpasi :

Tarik daun teinga secara perlahan ke atas dan ke belakang, daun telinga ditarik ke bawah, kemudian amati liang telinga adanya kotoran, serumen, cairan, dan peradangan, fungsi pendengaran.

**f. Mulut**

Inspeksi :

Warna dan mukosa bibir, adanya karies, kelengkapan gigi, lesi, dan kelainan, peradangan, tonsil, fungsi pengecapan

**g.Leher**

Inspeksi :

Bentuk leher, kesimetrisan, warna kulit, adanya pembengkakakn, jaringan parut atau massa, gerakan leher ke kanan dan ke kiri, kelenjar tiroid

Palpasi :

Kelenjar limfe/kelenjar getah bening, kelenjar tiroid

**h.Thorak**

**Paru – paru**

Inspeksi :

Kesimetrisan paru

Palpasi :

Bandingkan paru kanan dan kiri, pengembangan paru dengan meletakkankedua ibu jari tangan ke prosesus xifoideus dan minta pasien bernapas panjang.Ukur pergeseran kedua ibu jari.

Perkusi :

Dari puncak paru ke bawah (supraskapularis/3-4 jari dari pundak sampai dengan torakal 10). Catat suara perkusi: sonor/hipersonor/redup.

Auskultasi :

Bunyi paru saat inspirasi dan akspirasi (vesikuler, bronhovesikuler, bronchial, tracheal; suara abnormal: whezzing, ronchi, krekles.

**Jantung** Inspeksi :

Titik impuls maksimal, denyutan apical.

Palpasi :

Area aorta pada interkosta ke-2 kanan, pulmonal pada interkosta ke-2 kiri, dan pindah jari-jari ke interkosta 3, dan 4 kiri daerah trikuspidalis, dan mitral pada interkosta 5 kiri. Kemudian pindah jari dari mitral 5-7 cm ke garis midklavikula kiri (denyut apikal), raba kekuatan denyut nadi

Perkusi :

Untuk mengetahui batas jantung (atas-bawah, kanan-kiri).

Auskultasi :

Bunyi jantung I dan II pada 4 titik (tiap katup jantung), dan adanya bunyi jantung tambahan.

**i. Abdomen**

Inspeksi :

Dari depan dan samping pasien (adanya pembesaran, datar, cekung, kebersihan umbilicus), pemeriksaan turgor kulit, apakah terdapat bekas luka post op laparatomy, apakah terdapat colonostomy

Auskultasi :

4 kuadran (peristaltik usus diukur dalam 1 menit, bising usus)

Palpasi:

Epigastrium, lien, hepar, ginjal, dan suprapubik.

Perkusi :

4kuadrantimpani,hipertimpani,pekak)  **j. Genitalia**

Inspeksi :

Anus (kebersihan,lesi,massa,perdarahan), ciran, bau, varises, haemoroid.

**k.Integumen**

Inspeksi :

Warna kulit, jaringan parut, lesi dan vaskularisasi, turgor kulit, tekstur kulit, edema,massa, adanya kelainan

**l. Ekstremitas**

Inspeksi ekstremitas atas dan bawah:

kesimetrisan, lesi, massa, tonus otot, kekuatan otot, pergerakan sendi, akral hangat/dingin, warna, *capillary reffil time*, danedema.

**2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/ potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan.

( Smeltzer&bare, 2002 )

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien dengan Post op Colonostomy atas indikasi Ca Rekti adalah sebagai berikut

1. Kerusakan integritas kulit
2. Gangguan citra tubuh
3. Nyeri Akut
4. Resiko deficit volume cairan
5. Gangguan pola tidur
6. Resiko konstipasi/ diare
7. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
8. Intoleransi aktivitas
9. Infeksi
10. Defisit perawatan diri
11. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan

**2.2.3 Intervensi**

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diindetifikasi dalam diagnosa keperawatn. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.( Smeltzer&bare, 2002 )

* + 1. **Implementasi dan Catatan Perkembangan**

**Tabel 3.5 Implementasi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Dx** | **Hari/Tanggal** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1 | I | Kamis/ 23/6/2016 | 11.00  11.30  11.45 | * Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan * Mengobservasi tanda dan gejala infeksi * Mengobservasi kondisi luka / insisi bedah * Melakukan perawatan luka / stoma * Mengaajarkan klien cara menghindari infeksi | 12.30 | S :  - Klien mengatakan badannya tidak  terasa panas  - klien mengatakan lukanya sudah  dibersihkan  - verban dan kantong kolostominya  sudah diganti.  O :  - Verban luka klien tampak sudah di  ganti dan dibersihkan.  Tekanan Darah : 130 / 90 mmhg  Nadi : 86 x/i  Pernafasan : 21 x/i  Suhu : 36,5ᵒC  A :Masalah belum teratasi  P :   * Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan * Observasi tanda dan gejala infeksi * Observasi kondisi luka / insisi bedah * Lakukan perawatan luka / stoma * Ajarkan klien cara menghindari infeksi |  |
| 2 | II | Kamis/ 23/6/2016 | 11.00  11.30  11.45 | * + - Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien     - Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien     - Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri     - Melanjutkan terapy klien dengan dokter untuk pemberian ranitidin 2x1 amp | 12.30 | S :  - Klien mengatakan post op  colonostomynya masih nyeri  O :  - Klien tampak meringis skala nyeri 6  - Teknik relaksasi yang di ajarkan  dengan tarik nafas dalam  A :  - Masalah belum teratasi  P :   * Observasi tingkat nyeri yang dirasakan klien * Ajarkan teknik relaksasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien * Evaluasi tindakan pengalihan nyeri * Lanjutkan terapy klien dengan dokter untuk pemberian ranitidin 2x1 amp |  |
| 3 | III | Kamis/ 23/6/2016 | 11.00  11.30  11.45 | * Mengevaluasi laporan kelemahan, perhatikan ketidak mampuan klien dalam beraktifitas * Memberikan lingkungan tenang dan nyaman, agar klien bisa istirahat * Memberikan pengarahan kepada keluarga untuk membantu aktifitas klien | 12.00 | S :  - Klien mengatakan badannya masih  terasa lemah  - klien mengatakan masih sulit untuk  Beristirahat  - klien mengatakan aktifitas banyak  dilakukan di atas tempat tidur dan  di bantu oleh keluarga.  O :  - Klien masih tampak lemah  - klienterlihat masih sulit untuk  beritirahat  - aktifitas klien masih di bantu  keluarganya.  A :  - Masalah belum teratasi  P :  Evaluasi laporan kelemahan, perhatikan ketidak mampuan klien dalam beraktifitas   * Beri lingkungan nyaman, agar klien bisa istirahat * Beri pengarahan kepada keluarga untuk membantu aktifitas klien |  |
| 1 | I | Jum’at/ 24/6/2016 | 11.00  11.30  11.45 | * Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan * Mengobservasi tanda dan gejala infeksi * Mengobservasi kondisi luka / insisi bedah * Melakukan perawatan luka / stoma * Mengaajarkan klien cara menghindari infeksi | 12.30 | S :  - Klien mengatakan badannya tidak  terasa panas  - klien mengatakan lukanya sudah  dibersihkan  - verban dan kantong kolostominya  sudah diganti.  O :  - Verban luka klien tampk sudah di  ganti dan dibersihkan  - kantung kolostomi tampak sudah  diganti dan kantong tersebut belum  berisi  Tekanan Darah : 120 / 80 mmhg  Nadi : 84 x/i  Pernafasan : 21 x/i  Suhu : 36,5ᵒC  A :  - Masalah belum teratasi  P :   * Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan * Observasi tanda dan gejala infeksi * Observasi kondisi luka / insisi bedah * Lakukan perawatan luka / stoma * Evaluasi cara menghindari infeksi |  |
| 2 | II | Jum’at/ 24/6/2016 | 11.00  11.30  11.45 | * + - Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien     - Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam yang telah di ajarkan     - Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri     - Melanjutkan terapy klien dengan dokter untuk pemberian ranitidin 2x1 amp | 12.30 | S :  Klien mengatakan post op colonostomynya masih nyeri  O :  - Klien tampak meringis skala nyeri 6  - Teknik relaksasi yang di ajarkan  tarik nafas dalam  A :  - Masalah belum teratasi  P :   * + - Observasi tingkat nyeri yang dirasakan klien     - Evaluasi teknik relaksasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien     - Evaluasi tindakan pengalihan nyeri     - Melanjutkan terapy klien dengan dokter untuk pemberian ranitidin 2x1 amp |  |
| 3 | III | Jum’at/ 24/6/2016 | 11.00  11.30 | 1. Mengevaluasilaporankelemahan, perhatikanketidakmampuankliendalamberaktifitas. 2. Memberikanlingkungantenang dengan cara batasi pengunjungdanperiodeistirahattanpagangguan. 3. Memberikan pengarahan kepada keluarga kilen untuk membantu aktifitas klien sesuai dengan keterbatasan klien. | 12.30 | S :  - Klien mengatakan masih sulit untuk  beristirahat  - klien mengatakan aktifitas banyak  dilakukan di atas tempat tidur dan  di bantu oleh keluarga.  O :  - Klien masih tampak lemah  - klien terlihat masih sulit untuk  beritirahat dan beraktifitas  - aktifitas klien di bantu  keluarganya.  A :  - Masalah belum teratasi  P :  - Evaluasilaporankelemahan,  perhatikanketidakmampuanklien  dalamberaktifitas.  - Berikanlingkungantenang dengan  cara batasi pengunjungdanperiode  istirahattanpagangguan.  - Berikan pengarahan kepada keluarga  kilen untuk membantu aktifitas klien  sesuai dengan keterbatasan klien |  |
| 1 | I | Sabtu/ 25/6/2016 | 11.30  11.45 | * Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan * Mengobservasi tanda dan gejala infeksi * Mengobservasi kondisi luka / insisi bedah * Melakukan perawatan luka / stoma * Mengajarkan klien cara menghindari infeks | 12.00 | S:  - Klien mengatakan badannya tidak  terasa panas  - klien mengatakan lukanya sudah  dibersihkan  - verban dan kantong kolostominya  sudah diganti.  O:  - Verban luka klien tampk sudah di  ganti dan dibersihkan  - kantung kolostomi tampak sudah  diganti dan kantong tersebut  belum berisi  Tekanan Darah : 120 / 80 mmhg  Nadi : 83 x/i  Pernafasan : 21 x/i  Suhu : 36,5ᵒC  A:   * Masalah belum teratasi   P:  1. Mengevaluasilaporankelemahan,  perhatikanketidakmampuanklien  dalamberaktifitas.  2. Memberikanlingkungantenang  dengan cara batasi pengunjungdan  periodeistirahattanpagangguan.  3. Memberikan pengarahan kepada  keluarga kilen untuk membantu  aktifitas klien sesuai dengan  keterbatasan klien. |  |
| 2 | II | Sabtu/ 25/6/2016 | 11.00  11.30  11.45 | - Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien  - Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologis /  teknik nafas dalam kepada klien  - Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri  - Melanjutkan terapy klien dengan dokter untuk  pemberian ranitidin 2x1 amp | 12.30 | S :  - Klien mengatakan post op  colonostomynya terasa nyeri  O :  - Klien tampak meringis skala nyeri 6  - Teknikrelaksasi yang diajarkan  dengantariknafasdalam  A :  - Masalah belum teratasi  P :  - Observasi tingkat nyeri yang  dirasakan klien  - Ajarkan teknik relaksasi non  farmakologisteknik nafas dalam  kepada klien  - Evaluasi tindakan pengalihan  nyeri  - lanjutkan terapy klien dengan  dokter untuk  - pemberian ranitidin 2x1 amp |  |
| 3 | III | Sabtu/ 25/6/2016 | 11.30  11.45 | - Mengevaluasi laporan kelemahan, perhatikan  ketidak mampuan klien dalam beraktifitas   * Memberikan lingkungan tenang dan nyaman,   agar klien bisa istirahat   * Memberikan pengarahan kepada keluarga   untuk membantu aktifitas klien | 12.30 | S:  - Klien mengatakan badannya masih  terasa lemah  - klien mengatakan masih sulit  untuk beristirahat  - klien mengatakan aktifitas banyak  dilakukan di atas tempat tidur dan  di bantu oleh keluarga.  O:  - Klien masih tampak lemah  - klien terlihat masih sulit untuk  beristirahat  - Aktifitas klien masih di bantu  keluarganya.  A:  - Masalah belum teratasi  P:  - Evaluasi laporan kelemahan  - Berikan lingkungan tenang dan  nyaman  - Berikan pengarahan kepada  keluaga untuk membantu aktifitas  klien |  |

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Identitas**

Nama : Ny.D No. MR : 44 40 74

Umur : 35 Tahun Ruang Rawat : Bedah Wanita (CW)

Jenis Kelamin : Perempuan Tanggal Masuk :18 juni 2016

Status : Belum kawin Tanggalpengkajian : 23 juni 2016

Agama : Islam Tanggal Operasi : 18 Juni 2016

Pekerjaan : Swasta

Pendidikan : SMK

Alamat : Kayu tanam

**Penaggung Jawab**

Nama : Ny.s

Umur : 75 Tahun

Hub. Keluarga : Ibu

Pekerjaan : IRT

**11. Alasan Masuk**

Klien masuk Rumah Sakit Achmad Mochtar pada tanggal18 Juni 2016 dengan keluhanbuang air besar (BAB) tidak lancar dan mengeluh nyeri pada perut bagian kirinnya.

**111. Riwayat Kesehatan**

1. **Riwayat kesehatan sekarang**

Klien mengatakan nyeri pada luka post op colonostomynya, Klien mengatakan selesai post op colonostomy 4 hari yang lalu. Klien mengatakan BAB keluar melalui colostomy bag nya, Klien mengatakan hanya terbaring ditempat tidur karena susah untuk bergerak.Klien mengatakan semua aktivitasnya dilakukan semuanya ditempat tidur karena ia lemah. Klien mengatakan ia belum diperbolehkan untuk berjalan. Klien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga, Klien mengatakan luka terasa gatal dan klien ingin mengaruknya, Klien mengatakan pada daerah luka kolonostomynya terlihat kotor, Klien mengatakan balutannya terlihat basah, Klien mengatakan lukanya terlihat memerah, Klien mengatakan lukanya berbau.

1. **Riwayat kesehatan dahulu**

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah menderita penyakit yang sama.

1. **Riwayat kesehatan keluarga**

Klien mengatakan bahwa keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan yang diderita klien.

**Genogram**

**Keterangan :**

= Perempuan

= Laki-Laki

= Klien

= Tinggal serumah

**1V. Pemeriksaan Fisik**

Kesadaran : Komposmentis

GCS : E4 V6 M5

**Tanda-tanda vital:**

Suhu : 36,5 C Pernafasan : 21 x/i

Nadi : 86 x/i TD : 130/90 mmHg

**Head to Toe**

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

Konsistensi rambut tebal dan lurus, tekstur rambutbaik, rambut bersih tidak ada ketombe, tidak ada lesi.

* + **Mata**

Simetris kiri dan kanan, sclera ikhterik, diameter pupil isokor kiri dan kanan, fungsi penglihatan baik, tidak menggunakan alat bantu.

* + **Telinga**

Simetris kiri dan kanan tidak ada tanda infeksi, ada terdapat serumen, tidak ada perdarahan, pendengaran baik.

* + **Hidung**

Simetris kiri dan kanan,warna kulit sama dengan kulit lainnya, tidak terdapat sekret pada hidung, cuping hidung normal, fungsi penciuman normal.

* + **Mulut dan gigi**

Mukosa bibir kering, tidak terdapat sariawan, tidak memakai gigi palsu, tidak ada perdarahan.

1. **Leher**

Simetris kiri dan kanan, tidak tampak pembesaran vena jugularis dan kelenjar tyroid.

1. **Thorak**

* **Paru-paru**

**Inspeksi :** Dada simetris, frekuensi nafas 21 kali permenit, irama pernafasan teratur, tidak terdapat adanya penonjolan tulang ataupun lesi

**Palpasi :**Tidak terdapat nyeri tekan, vocal fremitus sama

**Perkusi :** Sonor

**Auskultasi:** Suara nafas vesikuler

* **Jantung**

**Inspeksi :** Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak terlihat

**Palpasi :**Ictus cordis teraba

**Perkusi:** Redup

**Auskultasi:**BJ1 BJ2 Normal, tidak ada bunyi tambahan.

1. **Abdomen**

**Inspeksi :**

* Terdapat adanya kolostomi, dengan luka berwarna merah muda pada bagian kuadran kiri bawah abdomen, terdapat kantong kolostomi, pada katong kolostomi terdapat BAB

- Luka insisi laparatomy panjang 12 cm, luka terdapat pus, luka berbau.

**Auskultasi:**Bising usus 14 kali permenit

**Palpasi:** Tidak dilakukan

**Perkusi:** Tidak dilakukan

1. **Punggung**

Tidak ada pembengkakan, tidak terdapat adanya luka decubitus

1. **Ekstremitas**

**Atas:** Tidak ada pembengkakan, terpasang infuse RL pada tangan kiri dengan tetesan 20 kali permenit, tidak terdapat adanya udem.

**Bawah :**

Terdapat udem pada kaki sebelah kanan.

Kekuatan Otot :

5 5 55

5 5 5 5

5555

5555

1. **Genitalia**

Klien tidak terpasang kateter, dan tidak ada kelainan pada genetalia

1. **Integumen :**

Kulit berwarna sawo matang.

**V. DATA BIOLOGIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **AKTIVITAS** | **SEHAT** | **SAKIT** |
|  | **Makanan dan Minuman**  **Makan**   * Menu * Porsi * Makanan Kesukaan * Pantangan   **Minum**   * Jumlah * Minuman kesukaan * Pantangan   **Eliminasi**  **BAB**   * Frekuensi * Warna * Bau * Konsistensi * Kesulitan   **BAK**   * Frekuensi * Warna * Bau * Konsistensi * Kesulitan   **Istirahat dan Tidur**   * Waktu Tidur * Lamatidur * Hal yang mempermudah tidur * Kesulitan tidur   **Personal Hygiene**   * Mandi * Cuci Rambut * Gosok gigi * Potong kuku | 1 Piring  1 Porsi  Sayur-sayuran  Tidak ada  7 gelas /hari  Air putih  Tidak ada  1 x/hari  Kehitaman  Khas  Padat  Tidak ada  4 x/hari  Kekuningan  Khas  Cair  Tidak ada  Jam 22.00-06.00 7-8 jam  Tidak ada  Tidak ada  2 x/hari  1 x/hari  2 x/hari  1 x/minggu | 1 Piring  1 Porsi  Sayur-sayuran  Tidak ada  5 gelas/hari  Air putih  Tidak ada  1 kali/hari  Kehitaman  Khas  Cair  Tidak ada  4 kali/hari  Kekuningan  Khas  Cair  Tidak ada  Jam 23.00-05.00  5-6 jam  Tidak ada  Tidak ada  Di lap keluarga  Belum ada  Belum ada  Belum ada |

**V1. Riwayat Alergi**

Klien mengatakan tidak ada memiliki riwayat alergi makanan, obat obatan dan lain lain.

**V11.Data Psykologis**

Keluarga klien mengatakan selama klien sakit klien sama sekali tidak mengeluh tentang penyakitnya, keluarga klien yakin ALLAH SWT akan menyembuhkan penyakitnya

**V111. Data Sosial Ekonomi**

Klien mengatakan ia tinggal bersama keluarganya, keluarga berasal dari

penghasilan menengah

**1X. Data Spiritual**

klien mengatakan sewaktu sehat ia selalu melakukan shalat, klien mengatakan selama dirawat ia tidak melakukan ibadah shalat karena keterbatasan fisik.

**X.Data Penunjang**

Hasil Laboratorium 22 – 06 – 2016

Nilai Normal

Kalium : 1,78 ( 3,5-5,5 ) mEq/L

Natrium : 151,6 ( 135-147 ) mEq/L

Khlorida : 114,4 ( 100-106 ) mEq/L

Albumin : 2,4 ( 3,8-5,4 ) g/dl

**X1. Data Pengobatan**

**Tabel 3.2 Data Pengobatan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama Obatinjeksi** | **Dosis** | **JAM (WIB)** |
| Ceftiaxson | 2x1 amp | 18.00 06.00 |
| Ranitidin | 2x1 amp | 18.00 06.00 |
| Kalnex | 3x1 amp | 15.00 23.00 07.00 |
| Cefepime | 2x1 amp | 18.00 06.00 |
| Metronidazol | 3x500 mg | 15.00 23.00 07.00 |

**X11.DATA FOKUS**

1. **Data subjektif**

-Klien mengatakan nyeri pada luka post op colonostomynya

-Klien mengatakan selesai post op colonostomy dan laparatomy 4 hari

yang lalu

-Klien mengatakan BAB keluar melalui colostomy bag nya

-Klien mengatakan hanya terbaring ditempat tidur karena susah untuk

bergerak.

-Klien mengatakan ia belum diperbolehkan untuk berjalan

-Klien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga

-Klien mengatakan luka terasa gatal dan klien ingin mengaruknya

-Klien mengatakan pada daerah luka kolonostomynya terlihat kotor

-Klien mengatakan balutannya terlihat basah

-Klien mengatakan lukanya terlihat memerah

-Klien mengatakan lukanya berbau

1. **Data objektif**

* Klien terpasang colostomy bag.
* Dari hasil pengkajian luka insisi post op dan kantung colonostomy klien terlihat kotor
* Terdapat adanya cairan pus
* Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 130/90 mmhg

Nadi : 86x/i

Pernafasan : 21 x/i

Suhu : 36,5 ᵒC

- Terdapat adanya kolostomi, dengan luka berwarna merah muda pada

bagian kuadran kiri bawah abdomen, terdapat kantong kolostomi, pada

katong kolostomi terdapat BAB

- Luka insisi laparatomy panjang 12 cm,

- Luka terdapat pus,

- Luka klien berbau.

**ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **MASALAH** | **ETIOLOGI** |
| **1** | **DATA SUBJEKTIF**   * Klien mengatakan luka terasa gatal dan klien ingin mengaruknya * Klien mengatakan pada daerah luka kolonostomynya terlihat kotor * Klien mengatakan balutannya terlihat basah * Klien mengatakan lukanya terlihat memerah * Klien mengatakan lukanya berbau   **DATA OBJEKTIF**   * Dari hasil pengkajian luka insisi post op dan kantung colonostomy klien terlihat kotor * Luka terlihat kotor dan terpasang kolostomi bag * Terdapat adanya nyeri tekan pada bagian kuadran kiri bawah abdomen | Infeksi | Luka post op |
| **2** | **DATA SUBJEKTIF**   * Klien mengatakan nyeri pada luka post op colonostomynya * Klien mengatakan terdapat BAB pada kantong kolostominya   **DATA OBJEKTIF**   * Skala nyeri 6 * Klien tampak meringis * Klien tampak berhati-hati untuk menghilangkan nyeri * Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital * Tekanan Darah : 130/90 mmhg   Nadi : 86x/i  Pernafasan : 21 x/i  Suhu : 36,5 ᵒC   * luka terlihat kotor dan terpasang colonostomy bag * Terdapat adanya nyeri tekan pada bagian kudran kiri bawah abdomen | Nyeri Akut | Post op colonostomy |
| **3** | **DATA SUBJEKTIF**   * Klien mengatakan ia belum diperbolehkan untuk berjalan * Klien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga * Klien mengatakan semua aktivitasnya dilakukan semuanya ditempat tidur karena ia lemah   **DATA OBJEKTIF**   * Klien tampak hanya beraktivitas di tempat tidur * Klien tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga. | Intoleransi aktivitas | Luka Post op |

1. **Diagnosa Keperawatan**
2. Infeksi
3. Nyeri Akut
4. Intoleransi aktifitas

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan post op colonostomy atas indikasi Ca Rekti di ruang rawat inap bedah Rumah Sakit Achmad Muchtar Bukittinggi pada tanggal 23 Juni 2016 sampai dengan tanggal 25 Juni 2016, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan.

Dalam penerapan asuhan keperawatan penulis telah berusaha menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Post op colonostomy atas indikasi Ca Rekti sesuai dengan teori yang ada. Untuk melihat lebih jelasa suhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai, akan diuraikan sesuai dengan tahap-tahap asuhan keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi.

1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan perencanaan yang di tetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi.Selama pengkajian penulis dapat melakukan pengumpulan data yang baik dan berjalan dengan lancar baik terhadap klien maupun keluarga klien. Akan tetapi penulis masih menemukan beberapa kesenjangan antara teoritis dengan kasus yang penulis tangani.

1. Faktor Resiko

Secara teori klien dengan usia diatas 50 tahun lebih berisiko mengalami Ca Rekti Post Colonostomy. Sedangkan dari pengkajian didapatkan data bahwa klien berusia 35 tahun.

1. Pola kebiasaan

Secara teori pola kebiasaan klien dengan Ca Rekti Post Colonostomy adalah mengonsumsi sayur-sayuran, dan kurang mengonsumsi makanan yang mengandung serat . Sehingga menjadi konstipasi sebagai awal dari tanda dan gejala timbulnya Ca Rekti Post Colonostomy

1. **RiwayatKesehatanKeluarga**

Secara teoritis riwayat kesehatan keluarga pada klien dengan post op colonostomy atas indikasi ca rekti adalah factor resiko poliposis familial, dimana penyakit ini adalah penyakit keturunan yang mengikuti hokum mendel.

Sedang kan saat dilakukan pengkajian untuk melihat genogram keluarga, klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang diderita oleh klien. Kemungkinan penyakit ini disebabkan oleh faktor lain seperti pola kebiasaan, gaya hidup dan lainnya.

1. **PengkajianFisik**

Menurut teoritis pemeriksaan fisik head to toe harus dilakukan pada setiap pasien yaitu berupa pemeriksaan inspeksi, palpasi dan perkusi.

Pada kasus Ny. D di dapatkan kelainan pada beberapa pemeriksaan yaitu:

* Abdomen

I : - Terdapat adanya kolostomi, dengan luka berwarna merah muda pada

bagian kuadran kiri bawah abdomen, terdapat kantong kolostomi, pada

katong kolostomi terdapat BAB

- Luka insisi laparatomy panjang 12 cm, luka terdapat pus, luka berbau.

A : Bising usus 14 kali permenit

P : Tidak dilakukan

P : Tidak dilakukan

1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada klien dengan Ca Rekti Post Op Colonostomy secara teori menurut NANDA **:**

1. Kerusakan integritas kulit
2. Gangguan citra tubuh
3. Nyeri Akut
4. Resiko deficit volume cairan
5. Gangguan pola tidur
6. Resiko konstipasi/ diare
7. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
8. Intoleransi aktivitas
9. Infeksi
10. Defisit perawatan diri
11. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 3 diagnosa yang muncul, yakni:

1. Infeksi
2. Nyeri Akut
3. Intoleransi aktivitas

Diagnosa keperawatan pada Ny.D diangkat sesuai dengan data dan masalah yang ada. Untuk diagnosa resiko deficit volume cairan tidak dimunculkan karena data yang menunjang dan yang didapatkan lebih menunjukkan kepada nyeri. Untuk gangguan integritas kulit, apabila tubuh memiliki luka, diagnosa ini bias muncul tetapi penulis lebih memilih diagnosa resiko infeksi. Untuk diagnose resiko tinggi konstipasi tidak muncul karena konstipasi muncul karena adanya obstipasi dan obstruksi yang dapat disebabkan oleh masa yang terdapa tpada Ca Rekti, sekarang keadaan klien post op colonostomy sehingga masa sudah diangkat dan BAB dialihkan kecolonostomy. Sehingga konstipasi tidak terjadi.

1. **Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah di idetifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. ( Smeltzer&bare, 2002 )

Penyusunan rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan. Intervensi keperawatan berpedoman pada teori. Menurut teoritis, intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa keperawatan adalah:

* Diagnosa I (Infeksi), rencana tindakan yang dilakukan adalah Pantau tanda tanda vital, perhatikan peningkatan suhu**,** observasi terhadap tanda/gejala peritonitis misalnya demam, peningkatan nyeri, distensi abdomen, pertahankan perawatan luka aseptic**,** melakukan Perawatan colonostomy**,** melakukan Perawatan Luka Insisi, berikan obat-obatan sesuai indikasi: antibiotik.
* Diagnosa II (Nyeri akut), rencana tindakan yang dilakukan adalah Manajemen nyeri : Kaji tingkat nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas. Observasireaksi nonverbal dari ketidak nyamanan. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien sebelumnya. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. Kurangi presipitasi nyeri. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologis/non farmakologis). Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi, distraksidll) untuk mengetasi nyeri. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. Evaluasi tindakan pengurang nyeri /control nyeri. Kolaborasi dengan dokter bila ada complain tentang pemberian analgetik tidak berhasil. Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri. Namun untuk intervensi pada kasus penulis menyesuaikan dengan kondisi klien.
* Diagnosa keperawatan III (Intoleransi aktivitas), rencana tindakan yang dilakukan adalah Evaluasi laporan kelemahan, perhatikan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas , berikan lingkungan tenang dan periode istirahat tanpa gangguan, dorong istirahat sebelum makan, implementasikan teknik penghematan energy, bantu pasien memenuhi kebutuhan aktivitasnya sesuai dengan tingkat keterbatasan pasien., monitor TTV sebelum, selama dansesudah melakukan aktifitas.

1. **Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.( Smeltzer&bare, 2002 )

Setelah rencana tindakan keperawatan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana keperawatan tersebut dalam bentuk nyata yaitu implementasi keperawatan, tidak seluruh implementasi keperawatan yang dapat dilakukan, tergantung keluhan dan keadaan klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Dalam melakukan tindakan keperawatan terhadap klien penulis tidak terlalu banyak mengalami kesulitan. Sebahagian intervensi keperawatan dalam diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis diaplikasikan secara nyata pada klien post opcolonostomy. Namun setelah dilakukan implementasi selama tiga hari intervensi masih belum teratasi karena keterbatasan waktu dan fase penyembuhan luka post op membutuhkan waktu yang cukup lama.

**4.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. ( Smeltzer&bare, 2002 )

Setelah dilakukan asuhan keperawatan padaNy.D evaluasi yang diperoleh belum seluruhnya tercapai sesuai dengan teoritis, hal ini disebabkan karena proses penyembuhan post op yang membutuhkan waktu yang cukup lama. Terdapat adanya kerja sama yang baik antara penulis dan keluarga klien, dan klien dalam melakukan tindakan keperawatan sehingga yang diharapkan dapat tercapai.

Untuk rencana tindak lanjut dapat dijelaskan perawatan colonostomy sesampainya dirumah dan menjelaskan klien untuk menjaga kebersihan colonostomy agar terhindar dari infeksi .karena keterbatasan waktu mahasiswa untuk dilakukannya intervensi pada klien maka intervensi sesudahnya dapat dijelaskan kepada klien bahwa intervensi dilakukan oleh perawat yang ada di ruangan.

**BAB V**

**PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan Ca Rekti Post Op Colonostomy Di Ruang Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Achmad Muchtar Tahun 2016.

1. **Pengkajian**

Pengkajian pada Ny. D berjalan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan

dalam pengumpulan data karena Ny.D beserta keluarga sangat kooperatif.

Selama pengkajian dan pengumpulan data maka di dadapatkan tiga diagnosa

yaitu Infeksi, Nyeri akut, Intoleransi aktifitas.

1. **Diagnosa**

Berdasarkan data yang didapat, ditemukan 3 diagnosa pada kasus Ny.D

yaitu :

1. Infeksi
2. Nyeri akut
3. Intoleransi aktifitas
4. **Intervensi**

Setelah dilakukan intervensi selama tiga hari, masalah pada Ny.D masih

belum teratasi, keluarga juga mengatakan klien masih lemah, tidak bisa

untuk melakukan aktivitas dengan normal. Tanda-tanda infeksi perlu untuk

dipantau selama berada dirumah sakit. Kebutuhan nutrisi pasien perlu dipantau

untuk melihat kemampuan sistem pencernaan klien pada kondisi postop

1. **Implementasi**

Implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi yang disusun dan

implementasi.

1. **Evaluasi**

Evaluasidapatberuparesponverbal,responnon verbaldan

hasilpemeriksaan.

1. **Saran**

Berdasarkan hasil proses keperawatan yang dilakukan maka penulis dapat memberikan saran yang mungkin berguna bagi para pembaca, kita sebagai tenaga kesehatan khususnya perawat harus melakukan pengkajian yang tepat dan yang benar sesuai dengan teori yang ada dan sumber terbaru yang dapat diterapkan kepada pasien, sebagai acuan dalam menyusun rencana keperawatan.

**Bagi Mahasiswa**

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluaswawasan mengenai Ca Rekti Post Colonostomy karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan.

**Bagi Rumah Sakit**

Untuk mencegah meningkatnya Ca Rekti Post Colonostomy sebaiknya pasien diberi informasi yang memadai mengenai Ca Rekti Post Colonostomy itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan diperolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dilakukan dengan segera.

**DAFTAR PUSTAKA**

Aswediners. (2011). *Behaviour.* Pada <http://aswediners.blogspot.com> diakses pada tanggal 20 Juli 2016

Bayer. (2012). *Harapan Baru dalam Pengobatan Kanker Kolorektal Stadium Lanjut*. Pada <http://www.bayer.co.id> diakses pada tanggal 18 Juli 2016

Brunner & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC

Brehman, (2000). *Patofisiologi Untuk Paramedis.* Jakarta:EGC

Carpenito. (2013). *Diagnosa Keperawatan Edisi 13*. Jakarta: EGC

Evelyn Pearce. (2009). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta: Gramedia

Muttaqin & Kumala. (2011). *Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: Salemba Medika

Price And Wilson. (2006). *Keperawatan Onkologi*. Jakarta: EGC

Rohmah & Walid. (2012). *Proses Keperawatan*. Jogjakarta: Ar-ruzz Media

Rumah Sakit Dharmais. (2013). *Pusat Kanker Nasional*. Pada <http://www.dharmais.co.id> diakses pada tanggal 27 Juni 2016

Seow, Choen. (2014). *Pusat Kolorektal*. Pada <http://www.colorectalecenter.com> diakses pada tanggal 30 Juni 2016

Smeltzer & Bare,2002). *Rencana Asuhan Keperawatan.* Jakarta: EGC

Suriadi, (2006) *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 11*. Jakarta: EGC

Timcancerhelp. (2012). *Stop Kanker*. Jakarta: Agro Media Pustaka