

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CA REKTUM DI**  
**RUANG KEMOTERAPI RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIBOWO**  
**BALIKPAPAN KALIMANTAN TIMUR**



**Oleh :**

**Nama : Jessyca Dumanauw**

**NIM : P07220117055**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CA REKTUM DI**  
**RUANG KEMOTERAPI RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIWOWO**  
**BALIKPAPAN KALIMANTAN TIMUR**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Pada Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

**Nama : Jessyca Dumanauw**  
**NIM : P07220117055**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**  
**2020**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, 08 Mei 2020

Yang menyatakan

Materai  
Rp 6000

**Nama. Jessyca Dumanauw**

**NIM. P07220117055**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI  
UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL, 11 MEI 2020

Oleh

Pembimbing

**Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd.**  
**NIDN. 4008047301**

Pembimbing Pendamping

**Sri Hazanah, S.ST., SKM., MPH.**  
**NIDN. 4018126601**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

**Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep**  
**NIP. 196803291994022001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Ca Rektum Di  
Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo  
Balikpapan Kalimantan Timur  
Telah diuji  
Pada tanggal, 11 Mei 2020

**PANITIA PENGUJI**

Ketua Penguji

Nurhayati, S.ST., M.Pd .....

NIDN. 4024016801

Penguji Anggota

1. Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd .....

NIDN. 4008047301

2. Sri Hazanah, S.ST., SKM., MPH. .....

NIDN. 4018126601

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Prodi D-III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes  
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.  
NIP. 196803291994022001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Jessyca Dumanauw
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan. 5 Juni 1999
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Penggalang RT.33 Kelurahan  
Damai

### B. Riwayat Pendidikan

1. TK. Kartita VI-5 Balikpapan tahun 2005-2006
2. SDN 019 Balikpapan tahun 2006-2011
3. SMPN 7 Balikpapan tahun 2011-2014
4. SMAN 4 Balikpapan 2014-2017
5. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2017  
sampai sekarang

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur” tepat pada waktunya.

Adapun tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mempelajari cara pembuatan Karya Tulis Ilmiah pada Poltekkes Kemenkes Kaltim dan untuk memperoleh gelar Ahli madya keperawatan.

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H.Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Dr. Edy Iskandar, Sp.PD.,FINASIM.,MARS, selaku Direktur Rumah Sakit Umum dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Andi Lis AG,M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
6. Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd, selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,MPH, selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
8. Orang tua, kakak dan adik saya terima kasih banyak sudah selalu mendukung, dan mendoakan saya tanpa hentinya.
9. Teman – teman angkatan ke – 6 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan yang selalu mendukung dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Balikpapan, 08 Mei 2020

Penulis

Jessyca Dumanauw

## ABSTRAK

### “ REVIEW ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CA REKTUM DI RUANG KEMOTERAPI”

**Pendahuluan :** Kanker rektum adalah salah satu dari keganasan rektum yang khusus menyerang bagian rektum yang terjadi akibat gangguan proliferasi sel epitel yang tidak terkendali. Kemoterapi adalah pilihan pertama pada kanker stadium lanjut dengan tujuan paliatif. Dampak dari pengobatan kemoterapi sendiri dapat membuat efek samping. Selain sel kanker, pengobatan konvensional dapat membunuh sel normal, merusak sistem kekebalan tubuh dan memiliki efek samping yang serius, tidak efektif dalam mengontrol kanker stadium lanjut. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan dengan klien Ca rektum di ruang kemoterapi.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan metode literatur review studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil satu kasus sebagai unit analisis. Desain penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif.

**Hasil dan pembahasan :** Berdasarkan data yang diperoleh pada klien pertama ditemukan 2 diagnosa yang terdiri dari 1 diagnosa pre kemoterapi yaitu nyeri akut, serta 1 diagnosa post kemoterapi yaitu defisit nutrisi. Pada klien kedua ditemukan 3 diagnosa yang terdiri dari 2 diagnosa pre kemoterapi yaitu nyeri akut dan konstipasi, serta 1 diagnosa post kemoterapi yaitu mual.

**Kesimpulan dan saran :** Dari data klien untuk kedepannya diharapkan dapat melakukan pengkajian dengan tepat dan akurat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien. Diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengalaman serta menambah wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien Ca rektum di ruangan kemoterapi.

**Kata Kunci :** Kanker Rektum, Kemoterapi, Asuhan Keperawatan

## DAFTAR ISI

## Halaman

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam .....	i
Surat Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iii
Kata Pengantar .....	vi
Abstrak .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Bagan .....	xiii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	8
1. Tujuan Umum .....	8
2. Tujuan Khusus .....	8

D. Manfaat Penelitian .....	9
1. Bagi Peneliti .....	9
2. Bagi Tempat Penelitian .....	9
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan .....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>12</b>
A. Konsep Dasar Medis .....	12
1. Definisi .....	12
2. Anatomi Dan Fisiologi .....	12
3. Etiologi .....	15
4. Patofisiologi .....	17
5. Manifestasi Klinis .....	17
6. Klasifikasi .....	18
7. Penatalaksanaan .....	19
8. Pemeriksaan Penunjang .....	25
9. Komplikasi .....	25
10. Konsep Kemoterapi .....	26
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Ca Rektum .....	42
1. Pengkajian .....	42
2. Diagnosa Keperawatan .....	46
3. Intervensi Keperawatan .....	47

4. Implementasi.....	56
5. Evaluasi.....	56
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>58</b>
A. Pendekatan/Desain Penelitian.....	58
B. Subyek Penelitian.....	58
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	59
D. Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	63
E. Prosedur Penelitian .....	61
F. Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data.....	62
G. Keabsahan Data.....	64
H. Analisa Data.....	65
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>67</b>
A. Hasil.....	67
B. Pembahasan .....	94
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>109</b>
A. Kesimpulan.....	109
B. Saran .....	110
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>113</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Rektum .....	12
---------------------------------	----

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Kanker Rektum .....	31
Bagan 2.2 Pathway Kemoterapi .....	32

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 4.1 Hasil Review Anamnesis Klien dengan Ca Rektum.....	68
Tabel 4.2 Hasil Review Pemeriksaan Fisik Klien dengan Ca Rektum .....	72
Tabel 4.3 Hasil Review Pemeriksaan Penunjang Klien dengan Ca Rektum .....	78
Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi Klien dengan Ca Rektum .....	79
Table 4.5 Diagnosa Keperawatan Klien Ca Rektum .....	80
Tabel 4.6 Perencanaan Klien dengan Ca Rektum.....	82
Tabel 4.7 Implementasi keperawatan Klien 1 dengan Ca Rektum .....	85
Tabel 4.8 Implementasi keperawatan Klien 2 dengan Ca Rektum .....	87
Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 Ca Rektum .....	90
Tabel 4.10 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 2 dengan Ca Rektum .....	92

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Lembar Konsultasi Proposal
Lampiran 2	Literatur Review
Lampiran 3	Format Pengkajian Keperawatan
Lampiran 4	Format Analisa Data
Lampiran 5	Format Daftar Diagnosa Keperawatan
Lampiran 6	Format Peerencanaan Keperawatan
Lampiran 7	Format Pelaksanaan Tindakan
Lampiran 8	Format Evaluasi Keperawatan
Lampiran 9	Dokumentasi

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Perubahan pola hidup masyarakat yang makin modern menjadi salah satu dasar GERMAS atau Gerakan Masyarakat Hidup Sehat yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. GERMAS adalah sebuah gerakan yang bertujuan untuk memasyarakatkan budaya hidup sehat serta meninggalkan kebiasaan dan perilaku masyarakat yang kurang sehat. Mengatasi masalah kesehatan masih menjadi sebuah tantangan serius di Indonesia (KEMKES, 2017). Pola makan yang buruk antara lain tidak suka sayuran, gemar mengkonsumsi daging merah, sering makan makanan siap saji (*fast food*), mengonsumsi alkohol dan merokok, bisa juga karena faktor jam makan dan porsi makan yang tidak teratur. Hal ini rentan terjadi pada masyarakat modern terutama generasi milenial yang terbiasa dengan gaya hidup yang tidak teratur dan jauh dari hidup sehat (Primasiwi, 2019).

Salah satu penyakit yang mungkin muncul di masyarakat adalah penyakit pencernaan. Masalah pencernaan seakan tidak pandang bulu dan mengganggu pada siapa saja baik bayi yang baru lahir maupun yang sudah dewasa. Secara umum perkembangan kanker kolorektal merupakan interaksi antara faktor lingkungan dan faktor genetik (Faisal, 2017).

Penyebab nyata dari kanker kolorektal tidak diketahui, tetapi faktor resiko telah teridentifikasi, termasuk riwayat kanker kolon atau polip dalam keluarga, riwayat penyakit usus inflamasi kronis, dan diet tinggi lemak, protein, dan daging, serta rendah serat. (Brunner & Suddarth; Edisi 8, 2013).

Gejala yang sering dialami penderita kanker ini meliputi diare, konstipasi, darah pada tinja, sering merasa mual dan kembung, hingga penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas. Selain karena faktor keturunan, kanker kolorektal juga bisa terjadi karena gaya hidup yang buruk terutama soal asupan makanan yang tidak seimbang. Dari merasa sakit biasa hingga menjadi kanker usus besar bermula dari pola makan yang kurang serat, tinggi lemak ditambah gaya hidup lainnya yang buruk, seperti kurang istirahat, kurang olahraga, dan obesitas (Primasiwi, 2019).

Kanker adalah pertumbuhan sel abnormal yang cenderung menyerang jaringan disekitarnya dan menyebar ke organ tubuh lain yang letaknya jauh. Kanker terjadi karena proliferasi sel yang tidak terkontrol yang kemudian berubah menjadi sel-sel kanker (Ariani, 2015). Kanker Kolorektal adalah suatu tumor malignan yang terdiri dari jaringan epitel dari kolon atau rektum. Adapun kanker rektum adalah salah satu dari keganasan rektum yang khusus menyerang bagian rektum yang terjadi akibat proliferasi sel epitel yang tidak terkendali (Wilkinso, Jutith, 2006).

Faktor penyebab yang tidak dapat dimodifikasi adalah riwayat kanker kolorektal atau polip adenoma individual dan keluarga, dan riwayat individual penyakit kronis *inflamatori* pada usus. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah inaktivitas, obesitas, konsumsi tinggi daging merah, merokok dan konsumsi alkohol moderat-sering. Sementara aktivitas fisik, diet berserat dan asupan vitamin D10 termasuk dalam faktor protektif. Pencegahan kanker kolorektal dapat dilakukan mulai dari fasilitas kesehatan layanan primer melalui program KIE (Komunikasi Informasi dan Komunikasi) di populasi/masyarakat dengan menghindari faktor-faktor risiko kanker kolorektal yang dapat di modifikasi dan dengan melakukan skrining atau deteksi dini pada populasi, terutama pada kelompok risiko tinggi (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2014).

Menurut *American Cancer Society*, kanker kolorektal adalah kanker ketiga terbanyak dan merupakan kanker penyebab kematian ketiga terbanyak pada pria dan wanita di Amerika Serikat. Berdasarkan survei *Global Burden Cancer (GLOBOCAN)* 2012, insidens kanker kolorektal di seluruh dunia menempati urutan ketiga (1360 dari 100.000 penduduk [9,7%], keseluruhan laki-laki dan perempuan) dan menduduki peringkat keempat sebagai penyebab kematian (694 dari 100.000 penduduk [8,5%], keseluruhan laki-laki dan perempuan). Di Amerika Serikat sendiri pada tahun 2016, diprediksi akan terdapat 95.270 kasus kanker kolorektal baru, dan 49.190 kematian yang terjadi akibat kanker kolorektal (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2014).

Secara keseluruhan risiko untuk mendapatkan kanker kolorektal adalah 1 dari 20 orang (5%). Risiko penyakit cenderung lebih sedikit pada wanita dibandingkan pada pria. Banyak faktor lain yang dapat meningkatkan risiko individual untuk terkena kanker kolorektal. Angka kematian kanker kolorektal telah berkurang sejak 20 tahun terakhir. Ini berhubungan dengan meningkatnya deteksi dini dan kemajuan pada penanganan kanker kolorektal (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2014).

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

Penatalaksanaan kanker kolorektal bersifat multidisiplin. Pilihan dan rekomendasi terapi tergantung pada beberapa faktor. Terapi bedah merupakan modalitas utama untuk kanker stadium dini dengan tujuan kuratif (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2014). Pada pasca pembedahan dilakukan tindakan rehabilitative yang dijukan untuk mengembalikan pasien ke kehidupannya yang normal atau meningkatkan kualitas hidup dengan menggunakan stoma, artinya mulut

atau pembukaan adalah lubang terbuka dari suatu saluran berongga yang menghubungkan saluran tersebut dengan permukaan kulit. Ostomy adalah operasi pembuatan stoma yang bertujuan untuk mengalihkan feses atau urin ke luar tubuh melalui perut. Stoma dibuat dengan memotong bagian usus yang kemudian dijahit ke perut (Brackley, 2014).

Kemoterapi adalah pilihan pertama pada kanker stadium lanjut dengan tujuan paliatif. Radioterapi merupakan salah satu modalitas utama terapi kanker rektum. Saat ini, terapi biologis (targeted therapy) dengan antibodi monoklonal telah berkembang pesat dan dapat diberikan dalam berbagai situasi klinis, baik sebagai obat tunggal maupun kombinasi dengan modalitas terapi lainnya (Dolijon, 2018). Kemoterapi adalah penggunaan obat-obat sitotoksik dalam terapi kanker. Obat-obatan kemoterapi sangat aktif dalam melawan sel yang membelah atau dalam setiap fase kecuali  $G_0$  (keadaan seluler diluar siklus sel replikasi). Sel-sel normal yang pertumbuhannya cepat sangat dipengaruhi oleh agens kemoterapi, termasuk sumsum tulang (trombosit, sel darah merah dan sel darah putih), folikel rambut, mukosa saluran pencernaan, sel germinal (sperma dan ovum) dan sel-sel kulit. Kemoterapi diberikan dalam jadwal yang paling efektif untuk membunuh tumor dan direncanakan untuk membiarkan sel normal untuk memperbaiki diri (Shirley E. Otto, 2005).

Dampak dari pengobatan kemoterapi sendiri dapat membuat efek samping, seperti berkurangnya sel darah putih, trombositopenia, rambut rontok, muntah dan turunnya kekebalan tubuh. Selain sel kanker, pengobatan konvensional dapat membunuh sel normal, merusak sistem kekebalan tubuh dan memiliki efek samping yang serius, tidak efektif dalam mengontrol kanker stadium lanjut (Hospital Cancer Guangzhou, 2012).

Persiapan pasien post operasi untuk menggunakan perban rektal selama periode penyembuhan, peran perawat disini yaitu menilai karakteristik, volume dan bau dari drain untuk mencegah terjadinya infeksi. Peran perawat juga untuk membantu mengidentifikasi mengatasi kecemasan pasien dengan perubahan citra tubuh, memberikan dukungan emosional dan memberikan edukasi yang lengkap mengenai perawatan luka, menjelaskan secara lengkap semua terapi dan prosedur, menganjurkan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi, selain itu peran perawat juga memantau frekuensi dan konsistensi defekasi jika terjadi obstruksi pada pasien, peran perawat disini mendorong meningkatkan asupan cairan serta makan tinggi serat (Titania, 2019).

Pasien juga harus memahami bagaimana cara pencegahan infeksi, maka peran perawat disini untuk mengajarkan pada pasien dan keluarga bagaimana cara mencuci tangan dengan benar, dan mengajarkan bagaimana memeriksa luka, kulit disekitar luka tidak ada memerah, bersih, tidak ada pus, tanpa ada iritasi (Black & Hawks, 2014).

Pada klien kemoterapi, peran perawat yaitu penyuluhan bagi klien kemoterapi yang berkaitan dengan terapi, mengkaji kebutuhan klien, kaji jenis terapi, mengendalikan gejala seperti rasa mual dan muntah, mencegah dan meminimalkan terjadinya stomatitis dan esofagitis, meminimalkan alopecia serta pelaksanaan nyeri yang inovatif (Shirley E. Otto, 2005).

Data yang diperoleh dari studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 14 Januari 2020 di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan didapatkan angka kejadian pasien dengan Ca rektum dalam kurun waktu Januari - Desember 2019 yaitu 45 kasus.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Ca Rektum di ruang kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sebagai bukti penerapan ilmu keperawatan yang didapatkan selama proses pembelajaran dan akan dituangkan dalam bentuk karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah, maka rumusan masalah ini adalah Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020 ?

## **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dari penulisan proposal karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi dua tujuan yaitu sebagai berikut:

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengkaji klien dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur.
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Peneliti**

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lahan praktik dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur, sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

##### **2. Bagi Tempat Penelitian**

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur.

### **3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur secara langsung.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Medis**

##### **1. Definisi**

Kanker kolorektal adalah suatu tumor malignan yang terdiri dari jaringan epitel dari kolon atau rektum. Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan/atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus) (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2014).

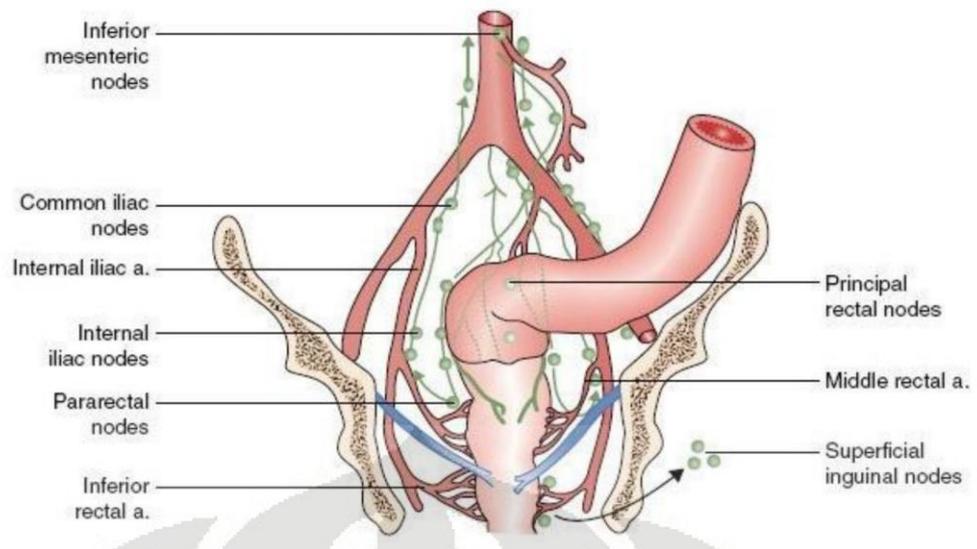
Kanker rektum adalah salah satu dari keganasan rektum yang khusus menyerang bagian rektum yang terjadi akibat gangguan proliferasi sel epitel yang tidak terkendali (Wilkinso, Jutith, 2006). Karsinoma rektum merupakan salah satu dari keganasan pada kolon dan rektum yang khusus menyerang bagian recti yang terjadi akibat timbulnya di mukosa/epitel dimana lama kelamaan timbul nekrose dan ulkus (Taufan Nugroho, 2011).

##### **2. Anatomi dan Fisiologi**

Rektum merupakan bagian dari usus besar, yang berawal dari perbatasan rekstosigmoid sampai ke cincin puborektum, sepanjang sekitar 12 – 15 cm. Secara umum, rektum dibagi lagi menjadi tiga bagian dan masing-masing sepanjang 5 cm. Bagian yang pertama yaitu rektum sepertiga atas yang dibungkus oleh peritoneum di bagian anterior

dan kedua sisinya. Sepertiga tengah rektum yang terletak lebih menjorok ke dalam pelvis, hanya bagian anteriornya yang terbungkus peritoneum, membentuk batas posterior dari rongga rektovesikal atau kantung rektouteri. Sementara, sepertiga bawah rektum tidak dilapisi oleh peritoneum dan terletak sangat dekat dengan struktur-struktur di sekitarnya, termasuk tulang pelvis. Tumor yang terletak di bagian distal ini tidak memiliki barrier/penghalang serosa yang dapat menghambat invasi ke jaringan sekitarnya, sehingga reseksi sulit untuk dilakukan (Indarti, 2015).

Pendarahan rektum disuplai dari arteri rektal superior, media dan inferior yang saling beranastomosis. Drainase limfatik regional dari tumor di rektum meliputi perirektum, presakral dan iliaka interna (Indarti, 2015).



Gambar 2.1 Anatomi Rektum

Rektum adalah bagian ujung dari sistem pencernaan di mana kotoran menumpuk tepat sebelum dibuang. Rektum menyambung dengan kolon sigmoid dan memanjang 13 sampai 15 cm (5 sampai 6 inci) ke anus. Selebar otot yang disebut diafragma panggul berjalan tegak lurus ke persimpangan rektum dan anus dan mempertahankan penyempitan antara dua segmen dari usus besar. Rongga internal rektum dibagi menjadi tiga atau empat kamar; setiap ruang sebagian tersegmentasi dari lainnya dengan lipatan melintang permanen (katup dari Houston) yang membantu untuk mendukung isi rektum. Sebuah selubung otot memanjang mengelilingi dinding luar rektum, sehingga memungkinkan bagi rektum untuk memperpendek dan memanjang (Suratun & Lusianah, 2014).

Sampah makanan tetap dalam kolon sigmoid sampai mereka siap untuk dikeluarkan dari tubuh. Saat feces memasuki rektum, dinding mengembung untuk mengakomodasi materi. Ketika tekanan yang cukup menumpuk dalam rongga dubur membesar, dorongan untuk menghilangkan limbah terjadi. Ketika reseptor sistem saraf dalam dinding rektum dirangsang oleh peregangan yang terletak di dinding, mereka mengirimkan impuls ke lubang anus, dada dan otot perut-dinding, dan medulla oblongata otak, yang membuat orang tersebut sadar akan kebutuhan untuk buang air besar (Suratun & Lusianah, 2014).

Fungsi utama rektum adalah penyimpanan sementara tinja/limbah pencernaan. Sehingga kita mungkin memiliki beberapa waktu untuk mencapai tempat di mana kita bisa buang air besar. Ketika limbah dan

bahan makanan yang dicerna masuk ke dalamnya, kanal menjadi melebar, sehingga otot-otot yang melapisi daerah dubur meregang/melebar. Reseptor peregangan yang terletak di dinding rektum yang merasakan pelebaran usus dan mengirim sinyal ke sistem saraf (otak) di mana ini diproses dan respon yang dihasilkan menginduksi kebutuhan untuk membuang limbah melewati lubang anus dan keluar melalui ambang anal (Suratun & Lusianah, 2014).

Namun, jika kita tidak pergi untuk buang air besar untuk durasi yang lama, tinja akan kembali ke dalam usus untuk penyerapan lebih lanjut dari cairan yang juga dapat mengakibatkan pengerasan tinja dan sembelit. Berdasarkan struktur dan fungsi ujung distal dari usus besar, kita bisa membagi bagian rektum ke berikut komponen yang dapat dibedakan menjadi (Suratun & Lusianah, 2014):

a. Rektosigmoid Junction.

Menandai pembagian antara kolon sigmoid dan kanal dubur yang hampir sejajar dengan ascending dan descending kolon.

b. Ampula Dubur.

Pada titik dimulainya, perkiraan diameter dari rektum adalah hampir sama dengan yang dari kolon sigmoid, tapi semakin jauh, diameternya melebarkan. Titik di mana kanal dubur mencapai dilatasi maksimum menandai awal dari struktur khusus ini yang berfungsi sebagai reservoir jangka pendek untuk kotoran sebelum buang air besar.

c. Cincin Anorektal.

Pada titik terminasi dari rektum intestinum, ada struktur berbentuk cincin seperti otot yang kuat yang memisahkannya dari lubang anus. Seiring dengan otot puborectalis, bagian atas sfingter eksternal dan internal juga berkontribusi terhadap fungsi struktur, pencegahan yaitu dan pengendalian tinja sampai sengaja dihapus.

### 3. Etiologi

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

Menurut Brunner & Suddarth, penyebab Karisinoma Recti adalah :

a. Polip di usus (*colorectal polyps*)

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

b. Colitis ulcerativa atau penyakit crohn

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

c. Riwayat kanker pribadi

Orang sudah pernah terkena kanker kolorektal dapat terkena kanker kolorektal untuk kedua kalinya. Selain itu, wanita dengan riwayat kanker di indung telur, uterus (endometrium) atau payudara mempunyai tingkat resiko yang lebih tinggi untuk terkena kanker kolorektal.

d. Riwayat kanker kolorektal pada keluarga

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

e. Faktor gaya hidup

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

#### **4. Patofisiologi**

Kanker rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus). Dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke bagian tubuh yang lain (paling sering ke hati) (Suratun & Lusianah, 2014).

#### **5. Manifestasi Klinis**

Gejala sangat ditentukan oleh lokasi kanker, tahap penyakit, dan fungsi segmen usus tempat kanker berlokasi. Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan, dan kelelahan (Suratun & Lusianah, 2014).

Gejala yang sering dihubungkan dengan lesi sebelah kanan adalah nyeri dangkal abdomen dan melena (feses berwarna hitam). Gejala yang sering dihubungkan dengan lesi sebelah kiri adalah yang berhubungan dengan obstruksi (nyeri abdomen dan kram, penipisan feses, konstipasi dan distensi) serta adanya darah merah segar dalam feses. Gejala yang dihubungkan dengan lesi rektum adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defekasi, konstipasi, diare bergantian, tenesmus, feses berdarah, serta nyeri hebat pada lipat paha, labia, skrotum, tungkai atau penis (Lusianah & Suratun, 2014).

## 6. Klasifikasi

Dokter membagi kanker kolorektal berdasarkan stadium berikut (Suratun & Lusianah, 2014) :

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

## 7. Penatalaksanaan

Dalam tatalaksana kanker rektum, radioterapi memiliki peran yang penting di berbagai tahapan. Pemberian radiasi baik sebelum atau sesudah pembedahan pada tumor yang resektabel, diharapkan dapat meningkatkan kontrol lokal dan kesintasan dengan cara mengeradikasi sel-sel tumor subklinis yang tidak dapat disingkirkan pada pembedahan. Sementara, radiasi preoperatif pada tumor yang non-resektabel, yang diberikan sendiri atau konkuren dengan kemoterapi, bertujuan untuk meningkatkan resektabilitas tumor. Peran radiasi pada tumor letak rendah dapat meningkatkan preservasi sfingter.

Pilihan dan rekomendasi terapi tergantung pada beberapa faktor, terapi bedah merupakan modalitas utama untuk kanker stadium dini dengan tujuan kuratif. Kemoterapi adalah pilihan pertama pada kanker stadium lanjut dengan tujuan paliatif. Radioterapi merupakan salah satu modalitas utama terapi kanker rektum. Saat ini, terapi biologis (*targeted therapy*) dengan antibodi monoklonal telah berkembang pesat dan dapat diberikan dalam berbagai situasi klinis, baik sebagai obat tunggal maupun kombinasi dengan modalitas terapi lainnya. (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2014)

### a. Pembedahan

Pembedahan merupakan modalitas utama dalam manajemen kanker rektum. Pemilihan teknik pembedahan tergantung pada stadium dan lokasi tumor pada rektum. Prinsip utama dari pembedahan pada

kanker rektum adalah pengangkatan seluruh tumor gross dan tumor yang mikroskopik, dengan margin negatif pada bagian proksimal, distal dan sirkumferensial. Bila dari pemeriksaan *rectal touché*/colok dubur ahli bedah memutuskan bahwa sulit untuk mendapatkan margin negatif karena fiksasi atau ekstensi tumor yang luas, maka tumor dikatakan tidak resektabel. Untuk meningkatkan resektabilitas, dapat dilakukan radiasi atau kemoterapi neoadjuvan sebelum reseksi.

Secara umum, dikenal beberapa teknik reseksi pada kanker rektum yang lazim digunakan, yaitu eksisi transanal untuk kanker rektum stadium dini, yaitu tumor yang berukuran kecil (<3 cm), dalam jarak 8 cm dari anal verge, berdiferensiasi baik dan kurang dari 30% sirkumferen lumen rektum. Teknik lain adalah *Low Anterior Resection* (LAR) untuk tumor letak tinggi yang masih memungkinkan preservasi sfingter, dan *Abdominoperineal Resection* (APR) untuk tumor letak rendah dan sudah melibatkan sfingter atau muskulus levator. Satu hal yang juga penting adalah untuk preservasi syaraf otonom daerah pelvis agar meminimalisasi terjadinya disfungsi seksual dan kandung kemih.

Sejak Abel memperkenalkan teknik *Total Mesorectal Excision* (TME) pada 1931 dan disebarluaskan oleh Heald pada tahun 1979, teknik ini diadopsi secara internasional menjadi standar pembedahan dalam tatalaksana kanker rektum. Prinsip dari tindakan *Total Mesorectal Excision* (TME) meliputi pengangkatan tumor secara *en bloc* dan jaringan mesorektum di sekitarnya, yaitu jaringan yang

melingkari rektum di dalam fascia dan berisi struktur limfatik perirektum. Dengan teknik ini, angka rekurensi lokal dilaporkan menurun secara signifikan dari 40% sampai kurang dari 10%, meskipun tanpa terapi neoadjuvan atau adjuvan.

b. Kolostomi

Kolostomi adalah pembuatan lubang sementara atau permanen dari usus besar melalui dinding perut dengan tindakan bedah bila jalan ke anus tidak bisa berfungsi, dengan cara pengalihan aliran feses dari kolon karena gangguan fungsi anus. Tujuan kolostomi adalah untuk mengatasi proses patologis pada kolon dista dan untuk proses dekompresi karena sumbatan usus besar distal dan selalu dibuat pada dinding depan abdomen. Indikasi kolostomi pada klien Ca rektum meliputi sumbatan di lumen rektum, anus karena infeksi berat lama, fibrosis pasca infeksi, sumbatan diluar lumen (proses infeksi pada pelvis), trauma anus-rektum. Kolostomi dibuat berdasarkan indikasi dan tujuan tertentu, sehingga jenisnya ada beberapa macam tergantung dari kebutuhan klien. Kolostomi dapat dibuat secara permanen maupun sementara (Suratun & Lusianah, 2014). Berikut jenis-jenis kolostomi (Suratun & Lusianah, 2014):

1) Kolostomi permanen

Pembuatan kolostomi permanen biasanya dilakukan apabila klien sudah tidak memungkinkan untuk defekasi secara normal karena adanya keganasan, perlengketan (adhesi), atau pengangkatan kolon

sigmoid atau rektum sehingga tidak memungkinkan feses melalui anus. Kolostomi permanen biasanya berupa kolostomi single barrel (dengan satu ujung lubang).

2) Kolostomi temporer/sementara

Pembuatan kolostomi temporer 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 barel.

c. Radioterapi

Modalitas radioterapi hanya berlaku untuk kanker rektum. Secara umum, radiasi pada karsinoma rektum dapat diberikan baik pada tumor yang *resectable* maupun yang *non-resectable*, dengan tujuan:

- 1) Mengurangi risiko kekambuhan lokal, terutama pada pasien dengan histopatologi yang berprognosis buruk.
- 2) Meningkatkan kemungkinan prosedur preservasi sfingter.
- 3) Meningkatkan tingkat resektabilitas pada tumor yang lokal jauh atau tidak resektabel.
- 4) Mengurangi jumlah sel tumor yang *viable* sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya kontaminasi sel tumor dan penyebaran melalui aliran darah pada saat operasi.

Radiasi dapat dilakukan dengan teknik penyinaran lapangan (anteroposterior) atau 4 lapangan (anteroposterior dan lateral kanan

dan kiri). Batas atas lapangan pada interspace lumbal 5 dan sakral 1. Batas bawah lapangan 3-5 cm dibawah tumor. Lapangan lateral sampai posterior sakrum untuk mencakup seluruh presacral space, batas anterior sampai 4 cm dari anterior rektum, dengan penyesuaian jika ada keterlibatan ekstrarektum. Baker et al. (2012) melaporkan hasil studi dari *German Rectal Cancer Study Group* yang membandingkan pemberian kemoradiasi pre-operatif dan postoperatif pada kanker rektum T3-4 atau N+, bahwa kemoradiasi pre-operatif memberikan *overall survival* 5 tahun sebesar 76% dengan rekurensi lokal 6% dalam 5 tahun.

d. Kemoterapi

Peran kemoterapi dalam tatalaksana kanker rektum adalah sebagai terapi neoadjuvan pre-operatif, konkuren sebagai radiosensitizer dan adjuvan pasca operatif. Pada tahap paliatif, kemoterapi merupakan pilihan utama terapi. Pemberian kemoterapi neoadjuvan secara bersamaan/konkuren dengan radioterapi merupakan rekomendasi pilihan terapi bagi kanker rektum stadium lanjut lokal.

Pasien dengan kanker rektum stadium II-III berisiko tinggi untuk mengalami kekambuhan lokal dan sistemik. Terapi adjuvan harus bertujuan menanggulangi kedua masalah tersebut. Sebagian besar penelitian tentang pemberian radioterapi pra- dan pasca bedah saja dapat menurunkan angka kekambuhan lokal tetapi tidak bermakna dalam angka kesintasan. Pemberian 5-FU bersama radioterapi adalah

efektif dan dapat dianggap sebagai terapi standar, dimana pengobatan neoajuvan kombinasi radiasi dan kemoterapi sebelum pembedahan juga menghasilkan angka kegagalan lokal (*local failure rates*) yang lebih rendah, disamping sasaran pengobatan lain seperti masa bebas penyakit dan kesintasan secara keseluruhan.

Kemoterapi baik secara tersendiri maupun bersama dengan radioterapi, yang diberikan sesudah pembedahan, merupakan salah satu modalitas pengobatan pada kanker rektum. Dalam beberapa tahun terakhir ini, sudah banyak kemajuan yang dicapai pada kemoterapi untuk kanker rektum. Beberapa dekade ini hanya menggunakan 5-*fluorouracil* (5-FU) – disusul oleh kehadiran asam folinat /leukovorin (folinic acid/FA/LV) sebagai kombinasi. Selanjutnya, pemilihan obat diperluas dengan diterimanya irinotecan sebagai terapi lini pertama pada tahun 1996, oxaliplatin pada tahun 2004 dan capecitabine (tahun 2004) sebagai pengganti oral kombinasi 5-FU/FA.

Serangkaian penelitian klinik acak terkontrol menyimpulkan bahwa pengobatan kanker rektum pasca bedah dengan 5-FU/LV selama 6 bulan sesudah bedah kuratif adalah standar pada kanker rektum stadium III dan bahwa penderita berusia lanjut mendapat pendekatan kemoterapi yang sama. Pemberian kemoterapi tersebut secara dua-mingguan (*protokol de Gramont*) mempunyai efek yang tidak berbeda bermakna dengan pemberian bulanan melalui bolus 5 hari berturut-turut (*protokol Mayo*), yang ternyata lebih toksik.

## 8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan kanker rektum, antara lain (Suratun & Lusianah, 2014) :

### a. Endoskopi

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

### b. Enema barium dengan kontras ganda

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

### c. CT colonography (pneumocolon CT)

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

## 9. Komplikasi

Karsinoma kolon dapat bermetastase dengan jalan,

- a. Langsung perkontinuitatum dinding usus dan organ disekitarnya
- b. Hematogen
- c. Linefogen

Metastasis sering terjadi ke kelenjar getah bening dan organ lain, misal ke hati, paru dan otak. Komplikasi lainnya ;

- 1) Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus partial/lengkap.
- 2) Pertumbuhan dan ulserasi dapat menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemoragi.
- 3) Perforasi dapat terjadi yang menyebabkan pembentukan abses.
- 4) Peritonitis /sepsis yang dapat menimbulkan syock.

## **10. Konsep Kemoterapi**

### **a. Pengertian Kemoterapi**

Kemoterapi (juga sering disebut kemo) adalah salah satu tipe terapi kanker yang menggunakan obat untuk mematikan sel-sel kanker. Kemoterapi bekerja dengan menghentikan atau memperlambat perkembangan sel-sel kanker, yang berkembang dan memecah belah secara cepat. Namun, terapi tersebut juga dapat merusak sel-sel sehat yang memecah belah secara cepat, seperti sel pada mulut dan usus atau menyebabkan gangguan pertumbuhan rambut. Kerusakan terhadap sel-sel sehat merupakan efek samping dari terapi ini. Seringkali, efek samping tersebut membaik atau menghilang setelah proses kemoterapi telah selesai (National Cancer Institute, 2015).

Mekanisme obat kemoterapi adalah dengan mematikan atau menghambat pertumbuhan sel-sel kanker. Sehingga muncul berbagai efek samping yang disebabkan oleh karena efek obat kemoterapi pada

jaringan atau sel yang sehat. Penggunaan obat kemoterapi juga memberikan efek samping pada saraf, salah satu gejala neuropati atau gangguan saraf akibat efek kemoterapi adalah kelemahan, kram atau nyeri pada tangan dan atau kaki (Dinar, 2017).

b. Penggunaan Klinis Kemoterapi

Sebelum melakukan kemoterapi, secara klinis harus dipertimbangkan hal-hal berikut, Tentukan tujuan terapi. Kemoterapi memiliki beberapa tujuan berbeda, yaitu kemoterapi kuratif, kemoterapi adjuvan, kemoterapi neoadjuvan, kemoterapi investigatif.

1) Kemoterapi kuratif

Terhadap tumor sensitif yang kurabel, misalnya leukimia limfositik akut, limfoma maligna, kanker testis, karsinoma sel kecil paru, dapat dilakukan kemoterapi kuratif. Skipper melalui penelitian atas galur tumor L1210 dari leukimia mencit menemukan efek obat terhadap sel tumor mengikuti aturan 'kinetika orde pertama', yaitu dengan dosis tertentu obat antikanker dapat membunuh proporsi tertentu, bukan nilai konstan tertentu sel kanker. Kemoterapi kuratif harus memakai formula kemoterapi kombinasi yang terdiri atas obat dengan mekanisme kerja berbeda, efek toksik berbeda dan masing-masing efektif bila digunakan tersendiri, diberikan dengan banyak siklus, untuk setiap obat dalam formula tersebut diupayakan memakai dosis maksimum yang dapat

ditoleransi tubuh, masa interval sedapat mungkin diperpendek agar tereapai pembasmian total sel kanker dalam tubuh.

## 2) Kemoterapi adjuvan

Kemoterapi adjuvan adalah kemoterapi yang dikerjakan setelah operasi radikal. Pada dasarnya ini adalah bagian dari operasi kuratif. Karena banyak tumor pada waktu pra-operasi sudah memiliki mikrometastasis di luar lingkup operasi, maka setelah lesi primer dieksisi, tumor tersisa akan tumbuh semakin pesat, kepekaan terhadap obat bertambah. Pada umumnya tumor bila volume semakin kecil, ratio pertumbuhan semakin tinggi, terhadap kemoterapi semakin peka. Bila tumor mulai diterapi semakin dini, semakin sedikit muncul sel tahan obat. Oleh karena itu, terapi dini terhadap mikro-metastasis akan menyebabkan efektivitas meningkat, kemungkinan resistensi obat berkurang, peluang kesembuhan bertambah.

## 3) Kemoterapi neoadjuvan

Kemoterapi neoadjuvan adalah kemoterapi yang dilakukan sebelum operasi atau radioterapi. Kanker terlokalisir tertentu hanya dengan operasi atau radioterapi sulit mencapai ketuntasan, jika terlebih dahulu kemoterapi 2-3 siklus dapat mengecilkan tumor, memperbaiki pasokan darah, berguna bagi pelaksanaan operasi dan radioterapi selanjutnya. Pada waktu bersamaan dapat diamati respons tumor terhadap kemoterapi dan

secara dini menterapi lesi metastatik subklinis yang mungkin terdapat. Karena kemoterapi adjuvan mungkin menghadapi resiko jika kemoterapi tidak efektif peluang operasi akan lenyap, maka harus memakai regimen kemoterapi dengan cukup bukti efektif untuk lesi stadium lanjut. Penelitian mutahir menunjukkan kemoterapi neoadjuvan meningkatkan peluang operatif untuk kanker kepala leher, kanker sel kecil paru, osteosarkoma, mengurangi pelaksanaan operasi yang membawa kecacatan pada kanker tertentu (Oaring, kandung kemih, kanalis analis) memperbaiki kualitas hidup sebagian pasien.

#### 4) Kemoterapi paliatif

Kebanyakan kanker dewasa ini seperti kanker bukan sel kecil paru, kanker hati, lambung, pankreas, kolon, dan lain- lain. Hasil kemoterapi masih kurang memuaskan. Untuk kanker seperti itu dalam stadium lanjut kemoterapi masih bersifat paliatif, hanya dapat berperan mengurangi gejala, memperpanjang waktu survival. Dalam hal ini dokter harus mempertimbangkan keuntungan dan kerugian yang dibawa kemoterapi pada diri pasien, menghindari kemoterapi yang terlalu kuat hingga kualitas hidup pasien menurun atau memperparah perkembangan penyakitnya.

#### 5) Kemoterapi investigatif

Kemoterapi investigatif merupakan uji klinis dengan

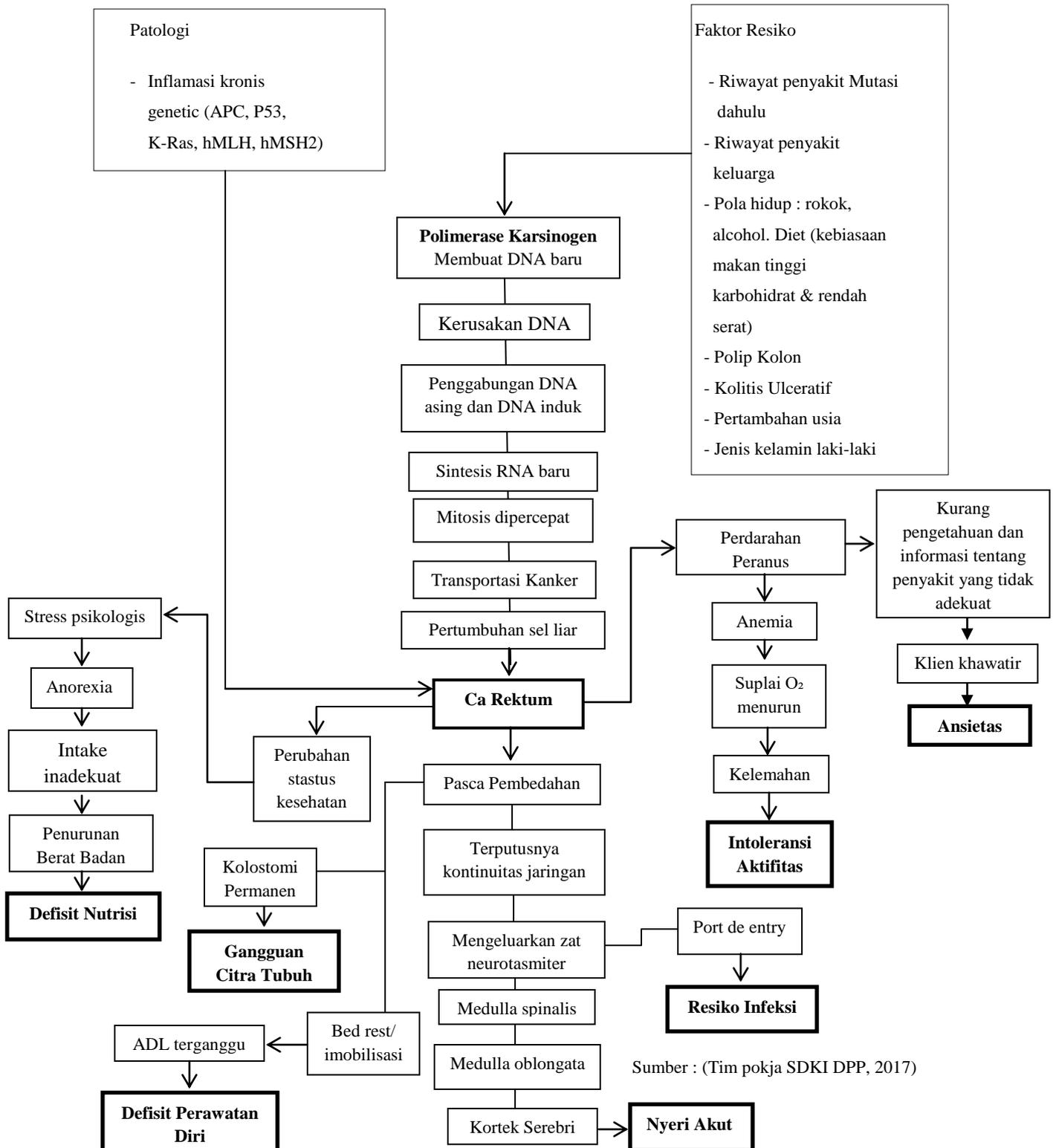
regimen kemoterapi baru atau obat baru yang sedang diteliti. Untuk menemukan obat atau regimen baru dengan efektivitas tinggi toksisitas rendah, penelitian memang diperlukan. Penelitian harus memiliki tujuan yang jelas, rancangan pengujian yang baik, metode observasi dan penilaian yang rinci, dan perlu seera ketat mengikuti prinsip etika kedokteran. Kini sudah terdapat aturan baku kendali mutu, disebut '*good clinical practice*' (GCP).

c. Cara Pemberian Kemoterapi

Kemoterapi dapat diberikan melalui berbagai cara (Controversies & Obstetrics, 2013) :

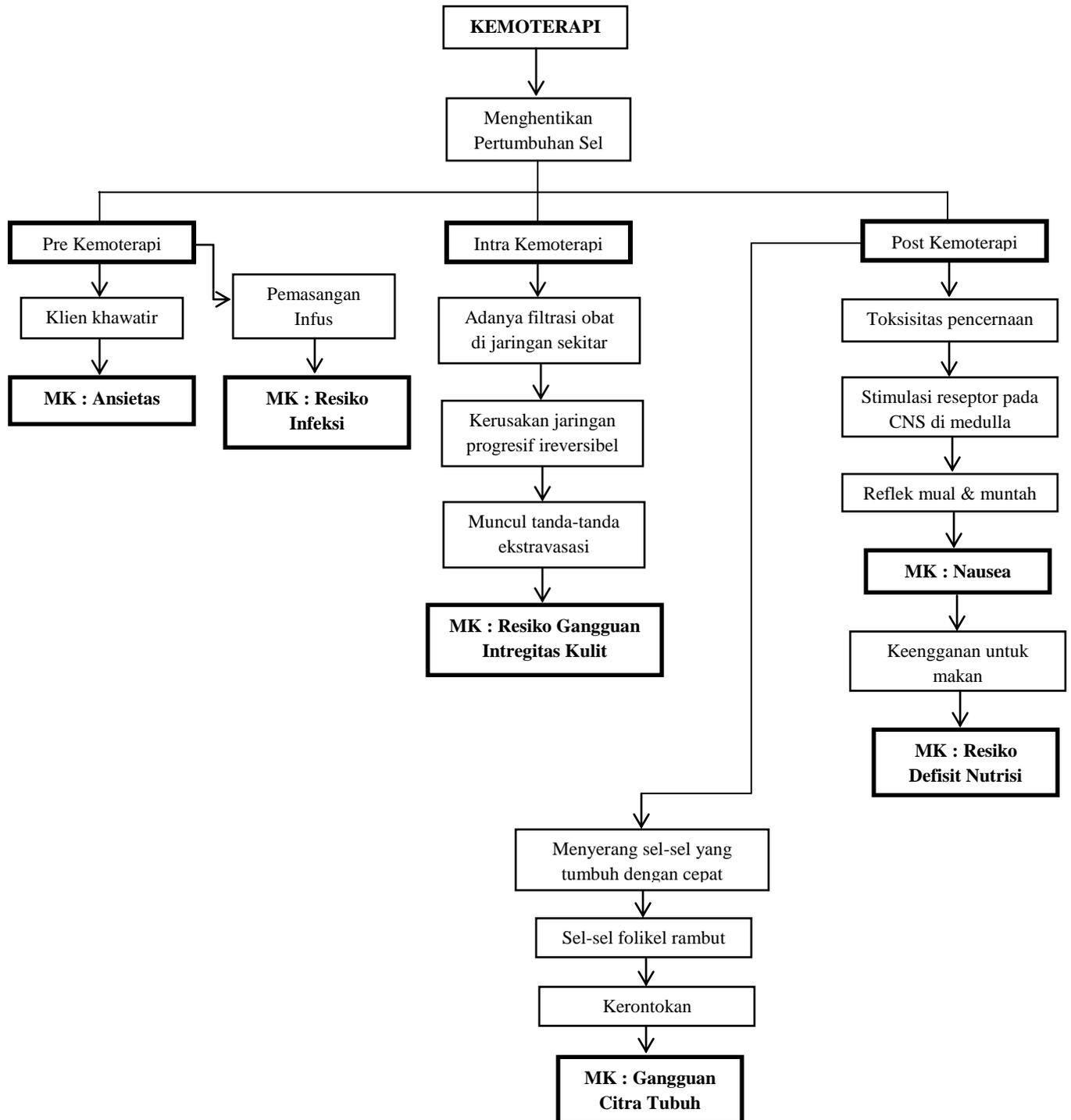
- 1) Suntikan, kemoterapi diberikan melalui suntikan ke dalam otot lengan, paha, atau pinggul, atau di bawah lemak kulit pada lengan, tungkai, atau perut.
- 2) Intra-arterial (IA), kemoterapi dimasukkan langsung ke pembuluh darah nadi (arteri) yang memberi makan sel-sel kanker.
- 3) Intraperitoneal (IP), kemoterapi dimasukkan ke rongga peritoneal (area yang berisi organ seperti usus, perut, hati, dan indung telur).
- 4) Intravenous (IV), kemoterapi dimasukkan dalam pembuluh darah balik (vena).
- 5) Topikal, kemoterapi berbentuk krim dan dioleskan pada kulit.
- 6) Oral, kemoterapi berbentuk pil, kapsul, atau cairan yang dapat ditelan.

Bagan 2.1 Pathway Kanker Rektum



## Bagan 2.2 Pathway Kemoterapi

Sumber : (Tim pokja SDKI DPP, 2017)



Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita kanker rektum yang disesuaikan dengan (Tim pokja SDKI DPP, 2017), yaitu :

1) Nyeri Akut (**D.0077**)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan).
- c) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Batasan Karakteristik :

a) Kriteria Mayor :

- (1) Subjektif : Mengeluh nyeri.
- (2) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Kriteria Minor :

- (1) Subjektif : Tidak tersedia

- (2) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis terkait :

- (a) Kondisi pembedahan
- (b) Infeksi

2) Defisit Nutrisi (**D.0019**)

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

- a) Kurangnya asupan makanan.
- b) Ketidakmampuan menelan makanan.
- c) Ketidakmampuan mencerna makanan.
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme.
- e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi).
- f) Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan).

Batasan Karakteristik :

- a) Kriteria Mayor :
  - (1) Subjektif : Tidak tersedia
  - (2) Objektif : Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

## b) Kriteria Minor :

- (1) Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.
- (2) Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

## Kondisi Klinis Terkait :

- (a) Kanker
- (b) Infeksi

3) Defisit Perawatan Diri (**D.0109**)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Kelemahan.
- b) Gangguan psikologis dan/atau psikotik.
- c) Penurunan motivasi/minat.

Batasan Karakteristik :

## a) Kriteria Mayor :

- (1) Subjektif : Menolak melakukan perawatan diri.
- (2) Objektif : Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

b) Kriteria Minor :

(1) Subjektif : Tidak tersedia

(2) Objektif : Tidak tersedia

Kondisi klinis terkait :

(a) Depresi

#### 4) Gangguan Citra Tubuh (**D.0083**)

Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu.

Penyebab :

- a) Perubahan fungsi tubuh (misal. Proses penyakit).
- b) Gangguan psikososial.
- c) Efek tindakan/pengobatan (misal. Pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi).

Batasan Karakteristik :

a) Kriteria Mayor :

(1) Subjektif : Mengungkapkan kecacatan

(2) Objektif : Fungsi/struktur tubuh berubah

b) Kriteria Minor :

(1) Subjektif : Mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh, mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain, mengungkapkan perubahan gaya hidup.

- (2) Objektif : Fokus berlebihan pada perubahan tubuh, respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh, focus pada penampilan dan kekuatan masa lalu, hubungan sosial berubah.

Kondisi klinis terkait :

- (a) Program terapi neoplasma
- (b) *Alopecia chemically induced*

5) Intoleransi Aktivitas (**D.0056**)

Definisi : Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab :

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- b) Kelemahan.
- c) Imobilitas.

Batasan Karakteristik :

a) Kriteria Mayor :

- (1) Subjektif : Mengeluh lelah
- (2) Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

b) Kriteria Minor :

- (1) Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.
- (2) Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Kondisi Klinis terkait :

- (a) Anemia
- (b) Gangguan metabolik

6) Ansietas (**D.0080**)

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

- a) Kebutuhan tidak terpenuhi.
- b) Ancaman terhadap konsep diri.
- c) Ancaman terhadap kematian.
- d) Kekhawatiran mengalami kegagalan.
- e) Kurang terpapar informasi.

Batasan Karakteristik :

a) Kriteria Mayor :

- (1) Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.
- (2) Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

b) Kriteria Minor :

- (1) Subjektif : Mengeluh pusing, anoreksia, merasa tidak berdaya.
- (2) Objektif : frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, muka tampak pucat, suara

bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

Kondisi klinis terkait :

(a) Penyakit kronis (mis. penyakit kanker, autoimun)

7) Nausea (**D.0076**)

Definisi : Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Penyebab :

- a) Gangguan biokimiawi
- b) Iritasi lambung
- c) Faktor psikologis (mis. Kecemasan, ketakutan, stress)
- d) Efek agen farmakologis

Batasan Karakteristik :

a) Kriteria Mayor :

- (1) Subjektif : mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan.
- (2) Objektif: Tidak bersedia.

b) Kriteria Minor :

- (1) Subjektif : Merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, sering menelan.
- (2) Objektif : Saliva meningkat, pucat, diaphoresis, takikardia, pupil dilatasi.

Kondisi klinis terkait :

(a) Kanker

8) Risiko Infeksi (**D.0142**)

Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Pemasangan terapi intravena merupakan tindakan memasukkan jarum (*abocat*) melalui transkutan yang kemudian disambungkan dengan selang infus. Tindakan yang dilakukan dalam pemberian terapi intravena merupakan salah satu cara untuk pemberian cairan, nutrisi parenteral, vitamin dan obat-obatan kedalam tubuh pasien sesuai dengan program terapi yang diberikan oleh dokter. Tidak jarang, dalam proses pemasangan terapi intravena menimbulkan komplikasi salah satunya yaitu plebitis yang dapat menyebabkan risiko terjadinya infeksi Edward (2011) dalam penelitian (Suharti, Meira, Udhiyah, & Rizky, 2015).

Faktor Risiko :

a) Penyakit kronis

b) Efek prosedur invasive

c) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

d) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

(1) Kerusakan integritas kulit

e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :

(1) Penurunan Hemoglobin

(2) Imunosupresi

(3) Supresi respon inflamasi

Kondisi klinis terkait :

- (a) Tindakan invasive
- (b) Kanker
- (c) Imunosupresi

9) Risiko Defisit Nutrisi (**D.0032**)

Definisi : Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Faktor Risiko :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan menelan makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- d) Faktor psikologis (mis.stress, keengganan untuk makan)

Kondisi klinis terkait :

- (a) Kanker
- (b) Infeksi

10) Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (**D.0139**)

Definisi : Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsil sendi dan/atau ligament).

Hal yang perlu diperhatikan pada tahap kemoterapi ialah tidak adanya tanda-tanda ekstrasvasasi yang terjadi karena adanya filtrasi obat di sekitar jaringan (Usolin, Falah, & Dasong, 2018).

Faktor Risiko :

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Bahan kimia iritatif
- d) Terapi radiasi
- e) Kelembaban
- f) Perubahan hormonal
- g) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

Kondisi klinis terkait :

- (a) Imobilisasi
- (b) Imunodefisiensi

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Ca Rektum**

### **1. Pengkajian**

#### a. Identitas Klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor medrec, diagnosis medis dan alamat.

#### b. Riwayat Kesehatan

##### 1) Riwayat kesehatan dahulu

- a) Riwayat diet yang hanya serat, protein hewani dan lemak.
- b) Riwayat menderita kelainan pada colon kolitis ulseratif (polip kolon).

2) Riwayat kesehatan sekarang

- a) Klien mengeluh BAB berdarah dan berlendir.
- b) Klien mengeluh tidak BAB tidak ada flahis.
- c) Klien mengeluh perutnya terasa sakit (nyeri).
- d) Klien mengeluh mual, muntah.
- e) Klien mengeluh tidak puas setelah BAB.
- f) Klien mengeluh BAB kecil.
- g) Klien mengeluh berat badannya turun.

3) Riwayat kesehatan keluarga

- a) Riwayat keluarga dengan kanker colon/rektum.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Sirkulasi

Takikardi (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri), kemerahan, ekimosis, hipotesis.

2) Respirasi

Sarak nafas, batuk, ronchi, ekspansi paru yang terbatas.

3) Gastrointestinal

Anoreksia, mual, muntah, penurunan bising usus, kembung, nyeri abdomen, perut tegang, nyeri tekan pada kuaran kiri bawah.

4) Eliminasi

BAB berlendir dan berdarah, BAB tidak ada flatul tidak ada, BAB kecil seperti feses kambing, rasa tidak puas setelah BAB,

perubahan pola BAB/konstiasi/hemoroid, perdarahan peranal,  
BAB oliguria.

5) Aktifitas/istirahat

Kelemahan, kelelahan, insomnia, gelisah dan ansietas.

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

a) Aktifitas/istirahat

Gejala :

- (1) Kelemahan, kelelahan/keletihan.
- (2) Perubahan pola istirahat/tidur malam hari, adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur misalnya, nyeri, ansietas dan berkeringat malam hari.
- (3) Pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen lingkungan, tingkat stres tinggi.

b) Sirkulasi

Gejala : Palpitasi, nyeri dada pada aktifitas.

Tanda : Dapat terjadi perubahan denyut nadi dan tekanan darah.

c) Integritas ego

Gejala :

- (1) Faktor stres (keuangan, pekerjaan, perubahan peran) dan cara mengatasi stres (merokok, minum alkohol, menunda pengobatan, keyakinan religius/spiritual).

(2) Masalah terhadap perubahan penampilan (alopesia, lesi cacat, pembedahan).

(3) Menyangkal diagnosis, perasaan tidak berdaya, putus asa, tidak mampu, tidak bermakna, rasa bersalah, kehilangan kontrol, depresi.

Tanda : Menyangkal, menarik diri, marah.

d) Eliminasi

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

Tanda:

(a) Perubahan bising khusus, distensi abdomen.

(b) Teraba masa pada abdomen kuadran kanan bawah.

e) Makanan/Cairan

Gejala :

(1) Riwayat kebiasaan diet buruk (rendah serat, tinggi lemak, pemakai zat aditif, dan bahan pengawet).

(2) Anoreksia, mual, muntah.

(3) Intoleransi makanan.

Tanda : Penurunan berat badan, berkurangnya masa otot.

f) Nyeri/ketidnyamanan

Gejala : Gejala nyeri bervariasi dari tidak ada, ringan sampai berat tergantung proses penyakit.

g) Keamanan

Gejala : Komplikasi pembedahan dan efek sitostika.

Tanda : Demam, lekopenia, trombositopenia, anemia.

h) Interaksi sosial

Gejala :

- (1) Lemahnya sistem pendukung (keluarga, kerabat dan lingkungan).
- (2) Masalah perubahan peran sosial yang berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

i) Penyuluhan/pembelajaran

- (1) Riwayat kanker dalam keluarga.
- (2) Masalah metastase penyakit dan gejala-gejalanya.
- (3) Masalah pemenuhan kebutuhan/aktifitas sehari-hari.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

a. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

b. Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria mayor adalah tanda/gejala yang ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa (PPNI, 2017).

c. **Kondisi Klinis Terkait**

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita kanker rektum yang disesuaikan dengan (Tim pokja SDKI DPP, 2017) yaitu:

1) **Pre Kemoterapi :**

- a) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.
- b) Risiko Infeksi dibuktikan dengan dengan efek prosedur invasif.

2) **Intra Kemoterapi :**

- a) Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan bahan kimia iritatif (kerusakan jaringan progresif irreversibel).

3) **Post Kemoterapi :**

- a) Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis.
- b) Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan.
- c) Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

**3. Intervensi keperawatan**

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi

masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas diagnosa keperawatan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan (PPNI, 2017).

Tujuan yang ditetapkan harus sesuai dengan SMART, yaitu : *Spesific* (khusus), *messurable* (dapat diukur), *acceptable* (dapat diterima), *reality* (nyata) dan *time* (terdapat kriteria waktu). Kriteria hasil merupakan tujuan ke arah mana perawatan kesehatan diarahkan dan merupakan dasar untuk memberikan asuhan keperawatan komponen pernyataan kriteria hasil (PPNI, 2017).

a. Perencanaan tindakan keperawatan pre kemoterapi

- 1) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan **(D.0080)**.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat ansietas menurun.

Kriteria Hasil :

- a) Verbalisasi kebingungan menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c) Perilaku gelisah menurun
- d) Perilaku tegang menurun
- e) Keluhan pusing menurun
- g) Palpitasi menurun
- h) Diaforesis menurun

- i) Tremor menurun
- j) Pucat menurun
- k) Konsentrasi membaik
- l) Pola tidur membaik
- m) Frekuensi pernapasan membaik
- n) Frekuensi nadi membaik
- o) Tekanan darah membaik

Intervensi Keperawatan :

- (1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor).
  - (2) Monitor tanda-tanda ansietas.
  - (3) Pahami situasi yang membuat cemas.
  - (4) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.
  - (5) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.
  - (6) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis.
  - (7) Latih teknik relaksasi.
  - (8) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.
- 2) Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (**D.0142**)
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat infeksi menurun.
- Kriteria Hasil :
- a) Kebersihan tangan meningkat

- b) Kebersihan badan meningkat
- c) Demam menurun
- d) Kemerahan menurun
- e) Nyeri menurun
- f) Bengkak menurun
- g) Vesikel menurun
- j) Drainase purulent menurun
- l) Periode malaise menurun
- m) Periode menggigil menurun
- n) Letargi menurun
- o) Gangguan kognitif menurun
- p) Kadar sel darah putih membaik
- q) Kultur darah membaik
- t) Kultur area luka membaik
- u) Kultur fases membaik

Intervensi Keperawatan :

- (1) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
- (2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien.
- (3) Pertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi.
- (4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- (5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- (6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

(7) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

b. Intra Kemoterapi :

- 1) Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan bahan kimia iritatif (kerusakan jaringan progresif irreversibel) **(D.0139)**.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka integritas kulit dan jaringan meningkat.

Kriteria Hasil :

- a) Elastisitas meningkat
- b) Hidrasi meningkat
- c) Perfusi jaringan meningkat
- d) Kerusakan jaringan menurun
- e) Kerusakan lapisan kulit menurun
- f) Nyeri menurun
- g) Perdarahan menurun
- h) Kemerahan menurun
- i) Hematoma menurun
- j) Pigmentasi abnormal menurun
- k) Jaringan parut menurun
- l) Nekrosis menurun
- m) Abrasi kornea menurun
- n) Suhu kulit membaik
- o) Sensasi membaik

p) Tekstur membaik

q) Pertumbuhan rambut membaik

Intervensi Keperawatan :

(1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit.

(2) Monitor tanda- tanda ekstrasvasasi.

(3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

(4) Berikan informasi pasien dan keluarga mengenai tanda-tanda ekstrasvasasi.

c. Post Kemoterapi :

1) Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (**D.0076**)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nausea menurun.

Kriteria Hasil :

a) Perasaan ingin muntah menurun

b) Perasaan asam di mulut menurun

c) Sensasi panas menurun

d) Sensasi dingin menurun

e) Diaforesis menurun

f) Takikardia membaik

g) Pucat membaik

h) Dilatasi pupil membaik

i) Nafsu makan meningkat

j) Jumlah saliva menurun

k) Frekuensi menelan menurun

Intervensi Keperawatan :

- (1) Identifikasi pengalaman mual.
  - (2) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur).
  - (3) Identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur).
  - (4) Monitor mual (mis. frekuensi, durasi dan tingkat keparahan).
  - (5) Monitor asupan nutrisi dan kalori.
  - (6) Kolaborasi dengan medis untuk pemberian antiemetic, jika perlu.
- 2) Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan (**D.0083**).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka citra tubuh meningkat.

Kriteria Hasil :

- a) Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh menurun
- b) Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun
- c) Verbalisasi perubahan gaya hidup menurun
- d) Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun
- e) Menuunjukkan bagian tubuh berlebihan menurun
- f) Fokus pada bagian tubuh menurun

- g) Fokus pada penampilan masa lalu menurun
- h) Fokus pada kekuatan masa lalu menurun
- i) Melihat bagian tubuh meningkat
- j) Menyentuh bagian tubuh meningkat
- k) Verbalisasi kecacatan bagian tubuh meningkat
- l) Verbalisasi kehilangan bagian tubuh meningkat
- m) Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik
- n) Hubungan sosial membaik

Intervensi Keperawatan :

- (1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan.
- (2) Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin dan umur terkait citra tubuh.
- (4) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial.
- (4) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri.
- (5) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah.
- (6) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya.
- (7) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri.
- (8) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka, penyakit, pembedahan).
- (9) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis.

- (10) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra\ tubuh.
- (11) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh.
- 3) Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan (**D.0032**).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka status nutrisi membaik.

Kriteria Hasil :

- a) Berat badan membaik
- b) Indeks masa tubuh (IMT) membaik
- c) Frekuensi makan membaik
- d) Nafsu makan membaik
- e) Bising usus membaik
- f) Tebal lipatan kulit trisep membaik

Intervensi keperawatan :

- (1) Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori
- (2) Timbang berat badan secara rutin
- (3) Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan
- (4) Ajarkan pengaturan diet yang tepat
- (5) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan

#### **4. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam (Potter & Perry, 2011).

Komponen tahap implementasi :

- a. Tindakan keperawatan mandiri.
- b. Tindakan Keperawatan edukatif.
- c. Tindakan keperawatan kolaboratif.
- d. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

#### **5. Evaluasi**

Menurut Dermawan D. (2012) evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap

pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (Mubarak,dkk.,2011). Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana (Suprajitno dalam Wardani, 2013) :

S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

a. Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

b. Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

c. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi, jika pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan/Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini merupakan deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien dengan Ca rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Metode penelitian deskriptif kualitatif adalah sebuah metode yang digunakan peneliti untuk menemukan pengetahuan atau teori terhadap penelitian pada satu waktu tertentu (Mukhtar, 2013) dalam (Hulu, 2014). Pendekatan yang digunakan merupakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan merupakan individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria subyek penelitian yang akan dipilih, sebagai berikut :

##### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target atau jangkauan yang akan diteliti (Setiadi, 2013). Kriteria inklusi pada penelitian ini, meliputi :

- a. Klien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.

- b. Subyek terdiri dari 2 orang klien dengan kasus penyakit Ca rektum.
- c. Klien dewasa dengan rentang usia 18 – 70 tahun.
- d. Klien yang dirawat di ruang kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- e. Klien sadar penuh dengan GCS kualitatif composmentis.
- f. Klien bersedia menjadi responden selama penelitian studi kasus berlangsung.

## 2. Kriteria Ekslusi

Kriteria ekslusi adalah kriteria anggota populasi yang tidak bias dijadikan sebagai sampel dalam penelitian (Setiadi, 2013). Kriteria ekslusi pada penelitian ini, meliputi :

- a. Klien tidak bersedia menjadi responden.
- b. Klien dengan penurunan kesadaran..
- c. Klien dirawat diruangan ICU.

## **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

1. Karsinoma rektum merupakan salah satu dari keganasan pada kolon dan rektum yang khusus menyerang bagian recti yang terjadi akibat timbulnya di mukosa/epitel dimana lama kelamaan timbul nekrose dan ulkus. Untuk menentukan stadium dan keparahan dilakukan tindakan pembedahan maka salah satu penatalaksanaannya adalah dilakukan kemoterapi pada klien Ca rektum.

2. Kemoterapi (juga sering disebut kemo) adalah salah satu tipe terapi kanker yang menggunakan obat untuk mematikan sel-sel kanker. Kemoterapi bekerja dengan menghentikan atau memperlambat perkembangan sel-sel kanker, yang berkembang dan memecah belah secara cepat. Namun, terapi tersebut juga dapat merusak sel-sel sehat yang memecah belah secara cepat, seperti sel pada mulut dan usus atau menyebabkan gangguan pertumbuhan rambut. Kerusakan terhadap sel-sel sehat merupakan efek samping dari terapi ini. Seringkali, efek samping tersebut membaik atau menghilang setelah proses kemoterapi telah selesai.
3. Asuhan keperawatan pada klien Ca rektum merupakan suatu asuhan keperawatan yang komprehensif dimana proses kegiatan praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien dengan Ca rektum dalam tatanan pelayanan kesehatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi untuk mengatasi masalah pada pasien dengan kanker rektum.

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruangan kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur, pada klien yang mengalami Ca rektum. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 23 maret – 3 april 2020.

## **E. Prosedur Penelitian**

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan penyusunan usulan penelitian dengan menggunakan studi kasus.
2. Mahasiswa melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data.
3. Poltekkes Kemenkes Kaltim mengirimkan surat pengajuan izin pengumpulan data ke RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
4. Setelah surat dari Poltekkes Kemenkes Kaltim masuk, maka mahasiswa dapat melakukan studi kasus.
5. Mahasiswa melapor kepada Kepala Ruangan dan CI.
6. Bersama Kepala ruangan, CI serta penguji, mahasiswa menentukan klien studi kasus sesuai dengan kriteria inklusi untuk dilakukan asuhan keperawatan.
7. Mahasiswa melakukan Bina Hubungan Saling Percaya kepada klien yang telah ditentukan.
8. Setelah bina hubungan saling percaya berhasil dilakukan, kemudian mahasiswa melakukan pengkajian kepada klien melalui pengisian format pengkajian, observasi, dan wawancara.
9. Setelah pengkajian telah dilakukan mahasiswa mengumpulkan data fokus untuk menegakkan diagnosa.

10. Setelah peneliti menegakkan diagnosa asuhan keperawatan selanjutnya peneliti melakukan perencanaan asuhan keperawatan.
11. Mahasiswa melakukan perencanaan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
12. Mahasiswa melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
13. Mahasiswa melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.
14. Kemudian mahasiswa melakukan dokumentasi keperawatan.

#### **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

##### **1. Teknik Pengumpulan Data**

Pada bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan :

##### **a. Wawancara**

Wawancara selalu ada dua pihak yang masing-masing memiliki kedudukan yang berbeda, pihak satu sebagai pencari informasi dan pihak yang lain sebagai pemberi informasi (Sugiyono, 2009). Wawancara yang dilakukan pada klien maupun pada keluarga. Hasil wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Selain wawancara, teknik pengumpulan data yang lain adalah observasi dan pemeriksaan fisik. Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung ke objek penelitian untuk melihat dari dekat kegiatan yang dilakukan (Sugiyono, 2009). Hasil dari observasi dan pemeriksaan fisik yaitu tentang mengenai keadaan umum klien, respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. Pada pemeriksaan fisik dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada tubuh klien untuk mengetahui kelainan yang dirasakan oleh klien.

c. Studi dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2009). Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi, ataupun pemeriksaan fisik lainnya untuk mengetahui kelainan-kelainan pada klien.

#### d. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

### **G. Keabsahan Data**

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh peneliti dengan melakukan pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan sehingga menghasilkan sebuah data yang akurat. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan minimal selama tiga hari, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang teliti. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian menggunakan 3 triangulasi yaitu :

#### 1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti biasa menggunakan obeservasi terlihat pada dokumen-dokumen klien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar.

Triangulasi wawancara dilakukan dengan klien, keluarga klien dan perawat sendiri.

## 2. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama. Dalam penelitian kualitatif, peneliti dapat menggunakan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik untuk mengecek kebenaran. Selain itu, peneliti juga bisa menggunakan informan yang berbeda untuk mengetahui kebenarannya contohnya seperti keluarga dan perawat.

## 3. Triangulasi Waktu

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara dipagi hari saat narasumber masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid. Data tetap dapat dikumpulkan di siang dan malam hari.

## **H. Analisa Data**

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, fakta selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasikan dan

dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan, maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia antara lain: instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan UGD 24 jam.

Dalam penelitian ini menggunakan Ruang Kemoterapi dari tanggal 21 Oktober – 26 Oktober 2019 dan dilanjutkan tanggal 28 Oktober – 2 November 2019. Ruangan ini adalah ruangan yang dikhususkan merawat klien-klien dengan kasus kanker yang menjalani program kemoterapi untuk laki-laki dan perempuan. Ruangan Kemoterapi terletak di lantai satu RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Adapun batasan-batasan Ruangan Kemoterapi yaitu sebagai berikut: sebelah timur berbatasan dengan Ruang Hemodialisa, sebelah utara berbatasan dengan Depo 2, dan sebelah selatan berbatasan dengan Ruang KMKB serta sebelah barat berbatasan dengan jalan menuju ke lantai 2.

Bangunan Ruang Kemoterapi terdiri dari 17 tempat tidur klien yang terbagi menjadi tempat tidur 1 hingga 8 untuk klien laki-laki dan tempat tidur 9 hingga 17 untuk klien perempuan, 1 ruang tindakan, ruang makan dan dapur dan ruang perawat (nurse station). Kasus yang dirawat di ruangan kemoterapi meliputi kasus klien kanker yang menjalani program kemoterapi.

Pada bab ini peneliti mereview hasil dan pembahasan dari laporan dinas mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur di ruangan kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum klien dalam sub-sub ini akan dijelaskan sebagai berikut:

## 2. Data Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Review Anamnesis Klien dengan Ca Rektum di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019.

<b>DATA ANAMNESIS</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Nama	Ny. S	Tn. R
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Umur	50 Tahun	46 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Pegawai Swasta
Agama	Protestan	Islam
Pendidikan Terakhir	S1	SLTA
Alamat	Graha Indah	Batu Kajang
Diagnosa Medis	Ca Rektum	Ca Rektum
Nomor Register	78 30 XX	68 98 XX
MRS/ Tgl Pengkajian	22 Oktober 2019/ 24 Oktober 2019	27 Oktober 2019/ 28 Oktober 2019
Keluhan utama	Klien mengatakan nyeri di anus saat BAB	Klien mengatakan nyeri di anus

<p>Riwayat penyakit sekarang</p>	<p>Pada tanggal 22 Oktober 2019 klien mengatakan masuk kerumah sakit untuk menjalani kemoterapi rutin ke II. Klien mengatakan riwayat operasi bulan September 2019. Setelah pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb menurun 9,8 g/dL, lalu klien dirawat di ruangan SOKA. Pada tanggal 23 oktober 2019 dilakukan pengecekan ulang setelah dilakukan transfusi darah didapatkan Hb dengan hasil 11,3 g/dL. Setelah Konsultasi dokter klien diperbolehkan lanjut kemoterapi kedua. Klien dipindahkan ke ruang kemoterapi. Klien melakukan kemoterapi pertama pada tanggal 10 Oktober 2019 dan sekarang klien dirawat untuk kemoterapi kedua dengan keluhan nyeri saat BAB, konsistensi padat, dan bedarah.</p>	<p>Klien mengatakan masuk rumah sakit untuk menjalani kemoterapi kedua pada tanggal 26 Oktober 2019. Klien mengatakan riwayat operasi bulan September 2019. Klien melakukan kemoterapi pertama pada tanggal 6 Oktober 2019 dan sekarang klien dirawat untuk kemoterapi kedua dengan keluhan nyeri hilang timbul pada area anus, konsistensi padat, dan klien mengatakan sering buang air kecil kurang lebih 4 kali/jam. Klien memiliki alergi terhadap makanan ayam..</p>
<p>Riwayat penyakit dahulu</p>	<p>Klien mengatakan tanggal 10 Oktober 2019 dilakukan kemoterapi 1. Pada bulan september klien menjalani operasi laparatomy.</p>	<p>Klien mengatakan bulan september klien menjalani operasi eksisi transanal.</p>
<p>Riwayat penyakit keluarga</p>	<p>Klien mengatakan Keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.</p>	<p>Klien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.</p>

Genogram	<p>         □ : Laki-laki sehat        ⊠ : Laki-laki meninggal        ○ : Perempuan        ⊗ : Perempuan meninggal        ● : Perempuan sakit        ----- : Tinggal satu rumah     </p>	<p>         □ : Laki-laki sehat        ⊠ : Laki-laki meninggal        ■ : Laki-laki sakit        ○ : Perempuan sehat        ----- : Tinggal satu rumah     </p>
Psikososial	<p>Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah anaknya. Ekspresi Klien terhadap penyakitnya yaitu tidak ada masalah. Klien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan Klien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.</p>	<p>Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah anaknya. Ekspresi Klien pada penyakitnya tidak ada masalah. Klien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan Klien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.</p>
Personal Hygiene dan Kebiasaan	<p>Saat di rumah Klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 3 kali sehari, sikat gigi sebanyak 3 kali sehari dan keramas sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali. Klien tidak merokok dan tidak minum minuman beralkohol.</p>	<p>Saat di rumah Klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 3 kali sehari, dan sikat gigi sebanyak 3 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali. Klien mengatakan tidak merokok dan klien tidak minum minuman beralkohol.</p>
Spiritual	<p>Sebelum sakit Klien sering untuk beribadah di gereja.</p>	<p>Sebelum sakit Klien sering untuk beribadah begitupun selama ia sakit</p>

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Ny. S berusia 50 tahun, berjenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit pada tanggal 22 Oktober 2019 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Oktober 2019 dengan diagnosa medis Ca Rektum. Sedangkan pada Klien 2 bernama Tn. R berusia 46 tahun, berjenis kelamin laki – laki, masuk rumah sakit dan tanggal pengkajian yaitu pada tanggal 27 Oktober 2019 dengan diagnosa medis Ca Rektum.

Pada pengkajian riwayat kesehatan pada Klien 1 keluhan utama ditemukan klien mengeluh nyeri saat BAB, konsistensi padat dan berdarah sedangkan pada Klien 2 keluhan utama ditemukan klien mengeluh nyeri di anusnya. Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data Klien 1 dirawat untuk kemoterapi kedua dengan keluhan nyeri di anus saat BAB, konsistensi padat dan berdarah. Sedangkan pada Klien 2 di dapatkan data dari riwayat penyakit sekarang yaitu klien dirawat untuk kemoterapi kedua dengan keluhan nyeri di anusnya.

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu ditemukan kesamaan data Klien 1 dan Klien 2 yaitu pernah menderita Ca Rektum dan pernah dilakukan operasi, namun pada klien 1 operasi besar laparotomy dan dipasang colostomy selama 3 bulan, sekarang colostomy sudah tidak terpasang. Sedangkan klien 2 operasi eksisi transanal.

Pada riwayat penyakit keluarga Klien 1 dan Klien 2 tidak ditemukan masalah, keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat. Pada pengkajian data psikososial pada Klien 1 dan Klien 2 tidak ditemukan masalah keperawatan pola komunikasinya baik, klien dapat berinteraksi dengan kooperatif dan tidak ada gangguan pada konsep diri. Pada pengkajian data *personal hygiene* dan kebiasaan Klien 1 dan Klien 2 tidak ditemukan masalah. Klien 1 dan klien 2 tidak merokok dan tidak memiliki kebiasaan meminum minuman beralkohol. Pada pengkajian spiritual pada Klien 1 dan Klien 2 tidak ditemukan masalah, sebelum sakit dan selama di rumah sakit klien selalu beribadah.

Tabel 4.2 Hasil Review Pemeriksaan Fisik Klien dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
1. Keadaan umum	Sedang Posisi Supinasi Tampak terpasang infus Nacl 0,9% pada tangan sebelah kiri	Sedang Posisi Supinasi Tampak terpasang infus Nacl 0,9% pada tangan sebelah kiri
2. Kesadaran	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5
3. Tanda-tanda vital	TD : 110/70 mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36,6°C RR : 20x/menit MAP : 83 mmHg	TD : 113/83 mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,7°C RR : 20x/menit MAP : 93 mmHg

4. Kenyamanan/nyeri	Klien meresa nyeri pada daerah anus, nyeri seperti ditusuk-tusuk.. Skala nyeri 5, nyeri hilang timbul.	Klien merasa nyeri di daerah anus, nyeri seperti ditusuk-tusuk.. Skala nyeri 3, nyeri hilang timbul.
5. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi <i>Barthel Indeks</i>	Nilai skor : 18 Kategori ketergantungan : Ketergantungan ringan	Nilai skor : 20 Kategori ketergantungan : Mandiri
6. Pemeriksaan kepala a. Rambut	Bentuk kepala Klien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala Klien, fingerprint di tengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna hitam, mudah patah, tidak bercabang, kusam, rontok akibat kemoterapi	Bentuk kepala Klien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala Klien, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna hitam beruban, tidak bercabang, kusam, rontok akibat kemoterapi
b. Mata	Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva anemia, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor	Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor
c. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi di tengah, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal, dan tidak ada kelainan	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi di tengah, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal, dan tidak ada kelainan
d. Rongga mulut	Bibir berwarna merah muda, terdapat 2 gigi geraham yang tertanggal, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar	Bibir berwarna coklat gelap, terdapat 1 gigi geraham yang tertanggal, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar.
e. Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga, Klien dapat mendengar suara gesekan jari.	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga, Klien dapat mendengar suara gesekan jari.
7. Pemeriksaan Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba pada leher,	Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak

	tiroid tidak teraba, posisi trakea terletak di tengah.	teraba, posisi trakea terletak di tengah
8. Pemeriksaan thorak: Sistem Pernafasan	Klien tidak ada batuk, tidak terdapat secret. Bentuk dada simetris, frekuensi 20x/menit, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat Klien mengucap tujuh-tujuh. Batas paru hepar normal ICS ke 4 suara perkusi sonor. Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas, tidak ada suara nafas tambahan	Tidak ada sesak, tidak ada batuk. Bentuk dada simetris, frekuensi 20x/menit, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat Klien mengucap tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal ICS ke 4 suara perkusi sonor. Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas, tidak ada suara nafas tambahan
9. Pemeriksaan Jantung: Sistem Kardiovaskuler	Tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik, ujung jari tidak tabuh. Ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikularis kiri selebar 1 cm, basic jantung terletak di ICS III sternalis kanan dan ICS III sternalis kiri, suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS III sampai V sternalis kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikularis kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.	Tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik, ujung jari tidak tabuh. Ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikularis kiri selebar 1 cm, basic jantung terletak di ICS III sternalis kanan dan ICS III sternalis kiri, suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS III sampai V sternalis kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikularis kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.
10. Pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi	BB : 37 kg TB : 147 cm IMT : 17,122 (kategori : berat badan kurang), total skor parameter : 4 Klien BAB terakhir tanggal 23 Oktober 2019 1 x/hari, konsistensi keras, jenis diet tinggi kalori tinggi protein	BB : 60 kg TB : 164 cm IMT : 18,29 (kategori : berat badan kurang), total skor parameter: 3 Klien ada BAB 1 x/hari, konsistensi keras, jenis diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP), nafsu makan menurun dengan

Abdomen	<p>(TKTP), nafsu makan baik dengan frekuensi 3x sehari, porsi makan habis</p> <p>Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa, tidak ada bayangan vena, terdapat luka operasi laparotomy di regio 5 dan 8, terpasang kolostomi selama 3 bulan, tidak ada drain, peristaltic usus 8x/menit, palpasi abdomen teraba keras, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan pada Mc.Berney, suara abdomen tympani, tidak ada asites</p>	<p>frekuensi 3x sehari, porsi makan tidak habis.</p> <p>Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa, tidak ada bayangan vena, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan pada Mc.Berney, suara abdomen tympani, tidak ada asites</p>
11. Sistem Persyarafan	<p>Status memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, dapat berorientasi pada orang, tempat dan waktu, tidak ada keluhan pusing, istirahat tidur 7-8 jam/hari, tidak ada gangguan tidur. Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I Klien dapat membedakan bau, nervus II Klien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kacamata, nervus III Klien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Klien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Klien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Klien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Klien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X</p>	<p>Status memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, dapat berorientasi pada orang, tempat dan waktu, tidak ada keluhan pusing, istirahat tidur 8 jam/hari. Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I Klien dapat membedakan bau, nervus II Klien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kacamata, nervus III Klien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Klien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Klien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Klien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Klien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Klien dapat menelan, nervus XI Klien bisa melawan tahanan pada pipi dan</p>

	<p>Klien dapat menelan, nervus XI Klien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, dan nervus XII Klien dapat menggerakkan lidah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kanan dan tangan kiri saat dilakukan pemeriksaan refleks bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan refleks trisep. Pada pemeriksaan refleks patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kanan dan kaki kiri. Pada pemeriksaan refleks patologis berupa refleks babinsky ditemukan adanya gerakan fleksi pada jari – jari.</p>	<p>bahu, dan nervus XII Klien dapat menggerakkan lidah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kanan dan tangan kiri saat dilakukan pemeriksaan refleks bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan refleks trisep. Pada pemeriksaan refleks patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kanan dan kaki kiri. Pada pemeriksaan refleks patologis berupa refleks babinsky ditemukan adanya gerakan fleksi pada jari – jari.</p>								
12. Sistem Perkemihan	<p>Bersih, tidak ada keluhan berkemih. Klien tidak terpasang kateter, produksi urine 1000 ml/hari, warna kuning jernih dan bau khas. Tidak ada nyeri tekan dan pembesaran pada kandung kemih.</p>	<p>Bersih, tidak ada keluhan berkemih. Klien tidak terpasang kateter, produksi urine 2000 ml/hari, warna kuning jernih dan bau khas. Tidak ada nyeri tekan dan pembesaran pada kandung kemih.</p>								
13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>Pergerakan sendi bebas, otot simetris kanan dan kiri. Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <p>Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema. Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit.</p>	5	5	5	5	<p>Pergerakan sendi bebas, otot simetris kanan dan kiri. Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> <p>Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema. Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit. Total nilai pada penilaian</p>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									

	Total nilai pada penilaian risiko decubitus adalah 22 (kategori : low risk)	risiko decubitus adalah 21 (kategori : low risk)
14. Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening bagian leher. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.	Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.
15. Seksualitas dan Reproduksi a. Payudara	Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna aerola kecoklatan, tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula.	Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna aerola kehitaman, tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula.
b. Genitalia	Tidak ada flour albus dan prolapse uteri.	Klien sudah disunat, tidak ada pembesaran pada kelenjar prostat.
16. Keamanan Lingkungan	Total penilaian risiko Klien jatuh dengan skala morse adalah 20 (kategori: rendah)	Total penilaian risiko Klien jatuh dengan skala morse adalah 20 (kategori: rendah)

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada pemeriksaan kepala terdapat kesamaan pada Klien 1 dan Klien 2, yaitu rambut klien mengalami kerontokan efek dari kemoterapi. Pada pemeriksaan system pernafasan Klien 1 dan Klien 2 tidak ada batuk dan tidak terdapat secret. Pada abdomen Klien 1 pernah terpasang kolostomi temporer di perut sebelah kanan selama 3 bulan.

Pada klien 1 ditemukan penurunan berat badan dari 42 kg menjadi 37 kg dan Klien 2 ditemukan masalah yaitu nafsu makan

yang menurun karna perasaan mual dan ingin muntah. Pada Klien 1 dan Klien 2 ditemukan masalah yang sama yaitu BAB dengan konsistensi keras. Pada pemeriksaan endokrin Klien 1 dan Klien 2 tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening.

Tabel 4.3 Hasil Review Pemeriksaan Penunjang Klien dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

<b>Pemeriksaan Penunjang</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Laboratorium	<p>Pada tanggal 22 Oktober 2019</p> <p>Hematologi Lengkap Hemoglobin: 9.8 g/dL (11.0 – 16,5) Leukosit: <math>2.93 \times 10^3/uL</math> (4.00 - 10.00) Eritrosit: <math>4.42 \times 10^6/uL</math> (4.20 – 5.40) Hematokrit: 34.4 % (37.0 – 47.0) Trombosit: <math>249 \times 10^3/uL</math> (150 - 450)</p> <p>Pada tanggal 23 Oktober 2019</p> <p>Hematologi Lengkap Hemoglobin: 11.3 g/dL (11.0 – 16,5) Leukosit: <math>4.22 \times 10^3/uL</math> (4.00 - 10.00) Eritrosit: <math>4.59 \times 10^6/uL</math> (4.20 – 5.40) Hematokrit: 36.0 % (37.0 – 47.0) Trombosit: <math>236 \times 10^3/uL</math> (150 - 450)</p>	<p>Pada tanggal 25 Oktober 2019</p> <p>Hematologi Lengkap Hemoglobin: 13.7 g/dL (11.0 – 16.5) Leukosit: <math>7.59 \times 10^3/uL</math> (4.00 - 10.00) Eritrosit: <math>4.80 \times 10^6/uL</math> (4.20 – 5.40) GDS : 101 mg/dL Trombosit: <math>232 \times 10^3/uL</math> (150 - 450)</p>
Rontgen	Tidak ada	Tidak ada
EKG	Tidak ada	Tidak ada
USG	Tidak ada	Tidak ada
Lain-lain : Patologi Anatomi (PA)	Tidak ada	Tidak ada

Berdasarkan tabel 4.7 ditemukan data pada klien 1 dan klien 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium. Pada klien 1 pemeriksaan Hemoglobin tanggal 22 Oktober 2019 didapatkan rendah, sehingga proses kemoterapi klien 1 tertunda. Kemudian tanggal 23 Oktober 2019 dilakukan pemeriksaan kembali dan didapatkan hasil Hemoglobin meningkat. Sedangkan pada klien 2 pemeriksaan laboratoriumnya didapatkan hasil yang normal.

Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi Klien dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Pada tanggal 24 Oktober 2019 - Dexamethason 5 mg (IV) - Intravenous fluid drop (IVFD) Sodium Chloride 0,9% 500 ml/8 jam - Ondansetron 3 mg (IV) - Omeprazole 40 mg (IV) - Calcium Gluconat 1 ampul - Leucovorin (IV) - D5 % 250 cc (IV) - Diphenhydramine 1 ampul - Hemobion 1X 1 tab - Neurodex 2 X 1 tab - Beloxa 100 mg dalam D5 % 250 cc (IV) - 5FU 500 mg + Ns 100 cc - 5FU 750 mg + Ns 1000 cc	Pada tanggal 28 Oktober 2019 - Dexamethason 5 mg (IV) - Intravenous fluid drop (IVFD) Sodium Chloride 0,9% 500 ml/8 jam - Ondansetron 3 mg (IV) - Omeprazole 40 mg (IV) - Antropine 1 ampul - Campto 290 mg dalam D5 % 250 cc dalam 2 jam - Leucopurin 650 mg dalam D5 % 250 cc - 5FU bolus 650 mg dalam Ns 100 cc

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada Klien 1 yaitu kortikosteroid, Intravenous fluid drop (IVFD) Sodium Chloride 0,9%, antiemetik, Omeprazole, kalsium, Leucovorin, vitamin, Hemobion, Neurodex, dan obat

kemoterapi. Sedangkan terapi pemberian obat pada Klien 2 yaitu :  
Intravenous fluid drop (IVFD) Sodium Chloride 0,9%,  
Omeprazole, kortikosteroid, dan obat kemoterapi.

### b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Klien dengan Pre, Intra, dan Post  
Kemoterapi Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso  
Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

No Urut	Pre Kemoterapi			
	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1.	Kamis, 24 Oktober 2019	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : a. Subjektif : Klien mengeluh nyeri di daerah anus  b. Objektif : - Klien tampak gelisah - KU : Sedang, kesadaran compos mentis - TD : 110/70 mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36,6°C RR:20x/menit	Senin, 28 Oktober 2019	Nyeri Akut b.d Efek agen pencedera fisik (D.0077) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : a. Subjektif : Klien mengatakan nyeri di area anus  b. Objektif : - Klien tampak sulit tidur dengan nyaman - KU : sedang, kesadaran : compos mentis - TD : 113/83 mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,7 °C RR : 20x/menit
			Senin, 28 Oktober 2019	Konstipasi b.d Ketidakcukupan asupan cairan (D.0049) Batasan karakteristik (factor risiko) : a. Subjektif :

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan BAB 1 kali</li> <li>- Klien mengatakan nya keras</li> </ul> <p>b. Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri</li> </ul>
<b>No Urut</b>	<b>Post Kemoterapi</b>			
	<b>Klien 1</b>		<b>Klien 2</b>	
	<b>Hari/ Tanggal ditemukan</b>	<b>Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)</b>	<b>Hari/ Tanggal ditemukan</b>	<b>Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)</b>
1.	Kamis, 24 Oktober 2019	Defisit Nutrisi b.d Peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019) Batasan karakteristik (faktor risiko) : a. Subjektif : Klien mengatakan nafsu makan berkurang  b. Objektif : - Berat badan menurun 5 kg - IMT kategori berat badan kurang	Senin, 28 Oktober 2019	Nausea b.d Efek agen farmakologis (D.0076) Batasan karakteristik (faktor risiko) : a. Subjektif : - Klien mengeluh mual dan merasa ingin muntah - Klien mengatakan nafsu makan menurun - Klien mengatakan terasa asam dimulut  b. Objektif : - Klien tampak lemas - Bibir klien tampak kering - Wajah klien tampak pucat

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada Klien 1 ditegakkan 1 diagnosa keperawatan pada pre kemoterapi dan 1 diagnosa keperawatan pada post kemoterapi dan pada intra kemoterapi tidak ditemukan diagnosa keperawatan. Urutan diagnosa keperawatan pada pre kemoterapi yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan

defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

Sedangkan pada Klien 2 ditegakkan 2 diagnosa keperawatan pada pre kemoterapi dan 1 diagnosa keperawatan pada post kemoterapi dan intra kemoterapi tidak ditemukan diagnosa keperawatan. Urutan diagnosa keperawatan pada pre kemoterapi yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, konstipasi berhubungan ketidakcukupan asupan cairan dan mual berhubungan dengan agen farmakologis. Terdapat kesamaan diagnosa keperawatan pada pre kemoterapi Klien 1 dan Klien 2 yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen fisik.

### c. Perencanaan

Tabel 4.6 Perencanaan Klien dengan Pre, Intra dan Post Kemoterapi Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Klien 1 (Pre Kemoterapi)</b>			
Kamis, 24 Oktober 2019	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik. (D.0077)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri dapat berkurang atau teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 1</li> <li>Klien tampak tenang dan tidak meringis</li> <li>TTV dalam batas normal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri</li> <li>Identifikasi respon nonverbal</li> <li>Berikan posisi nyaman</li> <li>Ajarkan teknik distraksi</li> <li>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> <li>Monitor tanda-</li> </ol>

			tanda vital
<b>Klien 1 (Post Kemoterapi)</b>			
Kamis, 24 Oktober 2019	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi.  Kriteria Hasil : 1. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi 2. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat 3. Klien mampu menghabiskan porsi makanan yang diberikan	2.1 Identifikasi status nutrisi 2.2 Identifikasi makanan yang disukai 2.3 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 2.4 Monitor asupan makanan 2.5 Monitor berat badan 2.6 Diskusikan dengan klien pentingnya makanan
<b>Klien 2 (Pre Kemoterapi)</b>			
Senin, 28 Oktober 2019	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik. (D.0077)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri dapat berkurang atau teratasi.  Kriteria Hasil : 1. Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 1 2. Klien tampak tenang dan tidak meringis 3. TTV dalam batas normal	1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri 1.2 Identifikasi respon nonverbal 1.3 Berikan posisi nyaman 1.4 Ajarkan teknik distraksi 1.5 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. 1.6 Monitor tanda- tanda vital
Senin, 28 Oktober 2019	Konstipasi b.d ketidakcukupan asupan cairan. (D.0049)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan defekasi teratur dan feses lunak.  Kriteria Hasil : 1. Defekasi dapat dilakukan satu kali sehari 2. Konsistensi feses lunak 3. Eliminasi feses tanpa perlu	2.1 Tentukan pola defekasi 2.2 Atur waktu yang tepat untuk defekasi klien seperti sesudah makan 2.3 Berikan cukup nutrisi berserat sesuai dengan indikasi 2.4 Berikan cairan jika kontraindikasi 2-

		mengejan berlebihan	3 liter per hari 2.5 Pemberian laksatif atau emina sesuai indikasi
<b>Klien 2 (Post Kemoterapi)</b>			
Senin, 28 Oktober 2019	Nausea b.d Efek agen farmakologis (D.0076)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan rasa mual atau muntah dapat teratasi.  Kriteria Hasil : 1. Klien dapat mengendalikan mual dan muntahnya 2. Klien dapat menghindari penyebab mual dan muntah	3.1 Lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor yang menyebabkan klien mual 3.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan klien 3.3 Anjurkan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat 3.4 Anjurkan klien mengurangi jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual 3.5 Kolaborasi pemberian obat antiemetic

Berdasarkan tabel 4.6 di atas menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada klien 1 dan klien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan.

#### d. Pelaksanaan

Tabel 4.7 Implementasi keperawatan Klien 1 dengan Pre, Intra, dan Post Kemoterapi Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 Kamis, 24 Oktober 2019 09.00 WITA	Melakukan Pengkajian 1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala 1.2 Identifikasi respon nyeri nonverbal  2.1 Mengidentifikasi status nutrisi 2.2 Mengidentifikasi makanan yang disukai 2.3 Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	DS : Klien mengeluh nyeri di daerah anus, susah BAB dan berdarah saat BAB DO : P : Ca rectum Q : anus R : skala nyeri 5 T : hilang timbul (saat BAB)  DS : - Klien mengatakan kurang nafsu makan - Klien mengatakan tidak ada alergi - Klien mengatakan suka semua makanan DO : Klien tampak lemas dan tidak bersemangat
12.00 WITA	1.6 Memonitor tanda-tanda vital	DS : - DO : TD : 120/80 mmHg N : 98x/menit RR : 20 x/menit T : 36,5°C
12.30 WITA  12.45 WITA	2.4 Memonitor asupan makanan  1.3 Memberikan posisi nyaman	DS : Klien mengatakan belum bisa makan banyak DO : - Porsi makan yang diberikan tampak tidak habis - Klien menghabiskan ¼ makanan  DS : Klien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan DO : Klien tampak relaks
Hari ke 2 Jumat, 25 Oktober 2019 07.30 WITA	Visite keperawatan :	DS : - Klien mengatakan nyeri berkurang - Klien mengatakan BAB hari ini sedikit DO :

<p>08.00 WITA</p> <p>13.00 WITA</p>	<p>1.4 Mengajarkan teknik distraksi</p> <p>2.4 Memonitor asupan makanan</p> <p>2.5 Memonitor berat badan</p> <p>2.6 Mendiskusikan dengan klien pentingnya makanan</p> <p>1.2 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>1.3 Memberikan posisi nyaman</p> <p>1.6 Monitor tanda-tanda vital</p>	<p>P : Ca rektum  Q : anus  R : skala nyeri 5  T : hilang timbul (saat BAB)</p> <p>- Tanda-tanda vital :  TD : 110/80 mmHg  N : 80x/menit  RR : 20 x/menit  T : 36,5°C</p> <p>DS :  - Klien mengatakan paham dengan apa yang diajarkan perawat</p> <p>DO :  - Klien tampak memahami dan mempraktikkan teknik yang diajarkan</p> <p>DS:  - Klien mengatakan porsi makan habis ½ porsi  - Klien mengatakan paham pentingnya makanan</p> <p>DO :  - BB : 38 kg  - Klien tampak kooperatif saat diajak berdiskusi tentang pentingnya makanan</p> <p>DS :  - Klien mengatakan nyeri berkurang dan dapat diatasi mandiri</p> <p>DO :  - Klien tampak nyaman dengan posisinya  - Klien tampak tenang  - Tanda- tanda vital :  TD : 110/80 mmHg  N : 78x/menit  RR : 20 x/menit  T : 36,7°C</p>
<p>Hari ke 3  Sabtu, 26 Oktober  2019  14.30 WITA</p> <p>18.00</p>	<p>Visite Keperawatan</p> <p>2.4 Memonitor asupan makanan</p>	<p>DS :  - Klien mengatakan sudah dapat makan  - Klien mengatakan belajar makan sedikit tapi sering</p> <p>DO :  - Klien tampak lebih segar  - Ku : Baik  - Akral hangat</p> <p>DS :  - Klien mengatakan makan</p>

	2.5 Memonitor BB 2.6 Diskusikan pentingnya makanan dengan klien	mulai membaik - Klien sudah mulai ngemil DO : - Ku : baik - BB : 38 kg - Mukosa tidak pucat - Porsi makan $\frac{3}{4}$ habis
--	--	---

Pada tabel 4.7 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien 1 selama 3 hari. Implementasi dilakukan pada tanggal 24 Oktober 2019 sampai 26 Oktober 2019.

Tabel 4.8 Implementasi keperawatan Klien 2 dengan Pre, Intra, dan Post Kemoterapi Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 Pre Kemoterapi Selasa, 29 Oktober 2019 09.00 WITA	Mencuci tangan  1.1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri 1.2. Mengklasifikasi respon non verbal 1.3. Memberikan posisi nyaman 1.4. Ajarkan teknik distraksi  3.1 Melakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor penyebab mual	DS : - Klien mengatakan nyeri pada anus - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri hilang timbul - Klien mengatakan mual - Klien mengatakan mulutnya terasa asam DO : - Klien tampak lemas - Klien tampak gelisah saat tidur - Bibirklien tampak kering - Wajah klien tampak pucat
Post Kemoterapi 10.30	3.2 evaluasi efek mual terhadap nafsu makan 3.3 menganjurkan makan sedikit tapi banyak 3.4 kolaborasi pemberian antiemetic : Ondansetron	DS : - Klien mengatakan mual dan tidak nafsu makan - Klien makan sedikit DO : - Klien tampak masih lemas

	2.1 Menentukan defekasi bagi klien untuk menjalankannya.	- Setelah diberikan antiemetic mual berkurang
13.30 WITA	1.6 Monitor tanda-tanda vital 3.1 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan 2.3 Memberikan cukup nutrisi berserat sesuai indikasi 3.4 Memberikan cairan jika tidak kontraindikasi 2-3 liter per hari	DS : - Klien mengatakan nyeri di anus hilang timbul - Klien mengatakan mual mulai berkurang - Klien mengatakan makan berserat seperti imbi-umbian - Klien mengatakan minum air yang cukup DO : - Klien masih tampak lemas - Bibir klien tampak eering - Tanda- tanda vital : TD : 120/80 mmHg N : 84x/menit RR : 20 x/menit T : 36,6°C
Rabu, 30 Oktober 2019 15.30 WITA	Mencuci tangan 1.6. Monitor tanda-tanda vital 1.3. Memberikan posisi nyaman 3.1 Melakukan pengkajian raasa mual, frekuensi, tingkat mual dan faktor penyebab 3.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan 2.3 Memberikan cakupan nutrisi berserat sesuai indikasi	DS : - Klien mengatakan nyeri dianus hilang timbul - Klien mengatakan nyeri didaerah anus seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan terkadang masih mual - Klien tidak nafsu makan - Klien mengatakan makan-makanan berserat DO : - Klien tampak lebih segar - Bibir klien tampak lembab - Posisi klien sudah nyaman - Tanda-tanda vital TD : 127/92 mmHg N : 86x/menit RR : 20 x/menit T : 36,7°C
16.00 WITA	3.5 Kolaborasi pemberian obat Ondasetron 2.5 Memberikan cairan jika tidak kontraindikasi 2-3 liter perhari	DS : - Klien mengatakan rasa mual berkurang - Klien mengatakan cukup minum air DO : - Klien tampak jarang mual - Bibir klien lembab - Defekasi mulai tidak keras
20.00 WITA	Mencuci tangan 1.6 Monitor tanda-tanda vital 3.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan klien	DS : - Klien mengatakan mual sudah berkurang - Klien mengatakan defekasi

	2.2 Atur waktu yang tepat untuk defekasi klien seperti sesudah makan	<p>mulai lancar</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg N : 88x/menit RR : 20 x/menit T : 36,7°C</li> <li>- Klien tampak lebih baik</li> <li>- Nyeri berkurang dengan skala 2</li> <li>- Klien menghabiskan makanan</li> </ul>
Kamis, 31 oktober 2019 15.30 WITA	<p>Mencuci tangan</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri</p> <p>1.6 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>2.1 Menentukan pola defekasi bagi klien untuk menjalankannya</p> <p>3.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatkana nyeri di anus sudah berkurang</li> <li>- Klien mengatakan mual sudah tidak ada</li> <li>- Klien mengatakan BAB sudah normal feses sudah tidak keras</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak segar</li> <li>- Bibir klien tampak lembab</li> <li>- Klien mengerti dengan ajaran defekasi setelah makan</li> <li>- Tanda-tanda vital : TD : 125/80 mmHg N : 88x/menit RR : 20 x/menit T : 36,7°C</li> </ul>

Pada tabel 4.8 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Klien sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien 2 dilaksanakan selama 3 hari yaitu, tanggal 29 Oktober 2019 sampai 31 Oktober 2019 yang dilakukan secara komperhensif.

#### e. Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 dengan Pre, Intra, dan Post Kemoterapi Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019.

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<p>Hari 1 14.00 WITA</p>	<p>Dx 1 Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)</p>	<p>S : Klien masih mengeluh nyeri anus saat BAB dan BAB sedikit berdarah</p> <p>O : - P : Ca Rektum Q : tertusuk-tusuk R : anus S : skala nyeri 4 T :hilang timbul (saat BAB)</p> <p>- Tanda-tanda vital TD : 120/70 mmHg N : 88x/menit RR : 20 x/menit T : 36,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P :Lanjutkan Intervensi 1.2 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri 1.3 Berikan posisi nyaman 1.4 Ajarkan teknik distraksi 1.6 Monitor tanda-tanda vital</p>
	<p>Dx 2 Defisit nutrisi b.d Kurangnya asupan makanan (D.0019)</p>	<p>S : - Klien mengatakan belum bisa makan banyak</p> <p>O : - Klien menghabiskan ¼ makanan dari makanan yang diberikan - Klien masih tampak lemas</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.4. Monitor asupan makanan 2.5. Monitor berat badan 2.6. Diskusikan dengan klien pentingnya makanan</p>

<p>Hari 2 14.00</p>	<p>Dx 1 Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)</p>	<p>S : Klien mengatakan nyeri di anus berkurang dan dapat teratasi mandiri O : - P : Ca Rektum Q : Tertusuk-tusuk R : Anus S : Skala nyeri 2 T : Hilang timbul - Tanda-tanda vital TD : 110/80 mmHg N : 78x/menit RR : 20 x/menit T : 36,7°C - Klien tampak tenang - Klien tampak nyaman dengan posisi menyamping A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p>
	<p>Dx 2 Defisit nutrisi b.d Kurangnya asupan makanan (D.0019)</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah bisa makan O : - Klien tampak lebih segar - Klien tampak menghabiskan makan yang diberikan ½ porsi - BB : 38 kg A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 2.4. Monitor asupan makanan 2.5. Monitor berat badan 2.6. Diskusikan dengan klien pentingnya makanan</p>
<p>Hari 3 14.00</p>	<p>Dx 2 Defisit nutrisi b.d Kurangnya asupan makanan (D.0019)</p>	<p>S : - Klien mengatakan nafsu makan mulai membaik - Klien mengatakan sudah mulai ngemil O : - Ku : baik - Mukosa bibir klien tampak tidak pucat lagi - Klien tampak lebih baik - Klien kooperatif fiajak diskusi tentang pentingnya makanan A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p>

Berdasarkan tabel 4.8 di atas bahwa pada klien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Evaluasi pre, intra dan post kemoterapi pada klien 1 menunjukkan 1 diagnosa teratasi yaitu nyeri akut yang teratasi pada hari ke 2 perawatan. Defisit nutrisi teratasi sebagian dan intervensi di pertahankan hingga hari perawatan terakhir.

Tabel 4.10 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 2 dengan Pre, Intra, dan Post Kemoterapi Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 3 (Post Kemoterapi) 20.00	Dx 1 Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)	S : - Klien mengatakan nyeri di anus berkurang - Klien mengatakan nyeri hilang timbul - P : Ca Rektum Q : tertusuk-tusuk R : anus S : Skala nyeri T : hilang timbul O : - Klien tampak lebih baik - Bibir klien tampak lembab - Klien tidur tampak nyenyak A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1.2. Klasifikasi respon non verbal 1.3. Berikan posisi nyaman
	Dx 2 Konstipasi b.d Ketidakcukupan asupan cairan (D.0049)	S : - Klien mengatakan BAB nya sudah tidak keras dan lunak - Klien mengatakan nafsu makannya membaik O : - Klien tampak lebih baik - Klien menghabiskan makannya A : Masalah teratasi P :Pertahankan intervensi 2.1 Tentukan pola defekasi 2.2 Atur waktu yang tepat

		<p>untuk defekasi klien seperti sesudah makan</p> <p>2.3 Berikan cukup nutrisi berserat sesuai dengan indikasi</p> <p>2.4 Berikan cairan jika kontraindikasi 2-3 liter per hari</p> <p>2.5 Pemberian laksatif atau emina sesuai indikasi</p>
	<p>Dx 3 Nausea b.d Efek agen farmakologis (D.0076)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mual berkurang</li> <li>- Klien mengatakan menghindari makanan penyebab mual</li> <li>- Klien mengatakan makannya habis</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menghabiskan makanannya</li> <li>- Klien tampak lebih baik</li> <li>- Mual klien tampak berkurang</li> <li>- Klien tampak minum cukup air</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor yang menyebabkan klien mual</li> <li>3.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan klien</li> <li>3.3 Anjurkan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat</li> <li>3.4 Anjurkan klien mengurangi jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual</li> <li>3.5 Kolaborasi pemberian obat antiemetic</li> </ul>

Berdasarkan tabel 4.10 di atas bahwa pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Evaluasi pre, intra dan post kemoterapi pada klien 1 menunjukkan 1 diagnosa teratasi

sebagian yaitu nyeri akut dan intervensi dipertahankan hingga hari perawatan terakhir. Konstipasi dan Nausea teratasi dan intervensi di pertahankan hingga hari perawatan terakhir sampai klien dirumah.

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan kasus Klien dengan Ca Rektum di ruang Kemoterapi yang telah dilakukan sejak tanggal 21 s/d 26 Oktober 2019 dan 28 Oktober s/d 02 November 2019 di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada klien 1 dan klien 2 ditemukan beberapa perbedaan yaitu klien 1 berusia 50 tahun dengan jenis kelamin perempuan dan klien 2 berusia 46 tahun dengan jenis kelamin laki-laki. Berdasarkan hasil riwayat kesehatan keluhan utama pada klien 1 mengeluh nyeri didaerah anus terutama saat BAB dan klien 2 mengeluh nyeri di daerah anus saja.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi klien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada hari kamis 28 Oktober

2019 sedangkan pada klien 2 dilakukan pada senin 24 Oktober 2019. Klien 1 berusia 50 tahun dengan jenis kelamin perempuan dan Klien 2 berusia 46 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, terdapat persamaan keluhan antara Klien 1 dan Klien 2. Pada Klien 1 mengeluh nyeri di daerah anus terutama saat BAB, konsistensi BAB keras dan berdarah, klien juga mengatakan kurang nafsu makan sedangkan pada Klien 2 mengeluh nyeri di daerah anus, konsistensi BAB keras dan klien mengeluh mual serta tidak nafsu makan. Hal ini sesuai dengan teori (Dinar, 2017) penggunaan obat kemoterapi juga memberikan efek samping pada pencernaan, salah satu gejala menimbulkan reflex mual dan muntah atau nausea. Dampak dari pengobatan kemoterapi sendiri dapat membuat efek samping, seperti mual muntah (Hospital Cancer Guangzhou, 2012).

Pada Klien 1 ditemukan masalah yaitu penurunan berat badan sebanyak 5 kg. Pada pengkajian bagian pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi data yang didapatkan oleh peneliti terhadap Klien 2 kurang lengkap. Dimana peneliti pada Klien 2 tidak mengisi dengan lengkap pemeriksaan inspeksi abdomen klien selain itu juga pada pemeriksaan auskultasi peristaltik usus tidak dicantumkan data untuk mengetahui bising usus pada klien.

Pada Klien 1 dan Klien 2 akan melakukan kemoterapi yang kedua. Pada kemoterapi Klien 1 sempat tertunda karena rendahnya Hb klien, sehingga Klien 1 menjalani perawatan diruangan SOKA untuk

memulihkan nilai Hb. Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu ditemukan kesamaan data Klien 1 dan Klien 2 yaitu pernah menderita Ca Rektum dan pernah dilakukan operasi, namun pada klien 1 dilakukan operasi besar laparotomy dan dipasang colostomy selama 3 bulan pada bulan September 2019, sekarang colostomy sudah tidak terpasang. Sedangkan klien 2 operasi eksisi transanal juga pada bulan September 2019. Menurut peneliti pada Klien 1 dan 2 ditemukan nyeri akut yang diakibatkan oleh kanker rektum sendiri. Pada bagian pemeriksaan fisik, keadaan umum pada Klien 1 dan Klien 2 adalah composmentis. Pada Klien 1 dan 2 terpasang infus pada tangan sebelah kiri dan terdapat cairan infus NaCl 0,9%.

Dalam melakukan pengkajian peneliti Klien 1 dan 2 kurang komprehensif dalam mengumpulkan informasi atau data tentang klien. Pada Klien 1 dan 2 terdapat data anamnesis alamat klien yang tidak dicantumkan secara jelas hanya menuliskan nama daerah tinggal klien saja. Tidak menulis secara detail alamat klien bertempat tinggal.

Pada pengkajian bagian telinga, data yang didapatkan oleh peneliti terhadap klien kurang lengkap, dimana peneliti pada klien 1 hanya melakukan pengkajian pada telinga dibagian pina telinga . Pada Klien 1 dan Klien 2 sama-sama tidak dilakukan pemeriksaan tes weber, tes rinne, dan tes swbach.

Pada pengkajian bagian pemeriksaan thorak : sistem pernafasan, data yang didapatkan oleh peneliti terhadap Klien 1 dan Klien 2 kurang

lengkap. Dimana peneliti pada Klien 1 dan 2 tidak mencantumkan pengkajian secara perkusi untuk menentukan batas hepar paru klien.

Pada pengkajian bagian sistem persyarafan, pengkajian yang dilakukan oleh peneliti terhadap Klien 1 dan 2 kurang lengkap. Dimana peneliti tidak melakukan pengkajian reflek fisiologis (achilles, bisept, trisept dan brankioradialis) terhadap Klien 1 dan 2.

Dalam mengkaji nyeri pada klien, nyeri di anus pada Klien 1 dan 2 tidak dijelaskan nyeri ditandai dengan adanya tanda-tanda luka atau benjolan didaerah anus, hanya dijelaskan nyeri diakibatkan oleh kanker rektum itu sendiri.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim pokja SDKI DPP, 2017).

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan, peneliti dapat menegakkan diagnosa keperawatan pre, intra dan post kemoterapi pada klien 1 dan klien 2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pre kemoterapi penderita Ca Rektum terdapat 2 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu : ansietas dan resiko infeksi. Diagnosa keperawatan yang muncul pada intra kemoterapi yaitu : risiko gangguan

integritas kulit/jaringan. Serta diagnosa yang muncul pada post kemoterapi yaitu : nausea, gangguan citra tubuh dan resiko defisit nutrisi.

Menurut penulis sebaiknya peneliti lebih fokus kembali dalam menegakkan diagnosa. Pada intra kemoterapi peneliti dapat menegakkan diagnosa keperawatan Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan bahan kimia iritatif (kerusakan jaringan progresif irreversibel). Menurut (Usolin et al., 2018) Hal yang perlu diperhatikan pada tahap kemoterapi ialah tidak adanya tanda-tanda ekstrasvasi yang terjadi karena adanya filtrasi obat di sekitar jaringan.

Diagnosa keperawatan pre kemoterapi pada klien 1 terdapat 2 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (Tim pokja SDKI DPP, 2017).

Sedangkan pada klien 2 pada pre kemoterapi muncul 2 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan cairan. Pada post kemoterapi terdapat 1 diagnosa yaitu : Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis.

Diagnosa keperawatan pre kemoterapi pada klien 1 yaitu :

a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Menurut hasil analisa peneliti muncul masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dari hasil pengkajian data didapatkan klien 1 mengeluh nyeri pada daerah anus terutama saat

sedang BAB, klien mengatakan terakhir BAB tanggal 23 Oktober 2019 dan klien juga mengatakan bahwa konsistensi BAB keras dan berdarah. Hal ini sesuai dengan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) pada pasien dengan nyeri akut data gejala dan tanda mayor klien mengeluh nyeri.

Menurut penulis penegakkan diagnosa nyeri akut tepat untuk ditegakkan karena dari keluhan utama pasien mengeluh nyeri, selain itu nyeri yang dirasakan dalam rentang waktu lebih dari 3 bulan yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa nyeri akut.

Diagnosa keperawatan post kemoterapi pada klien 1 antara lain :

- a) Defisit Nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

Menurut hasil analisa peneliti ditegakkan masalah defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, dari hasil pengkajian data didapatkan pada klien 1 mengeluh kurangnya nafsu makan dan penurunan berat badan hingga 5 kg. Alasan peneliti menegakkan diagnosa tersebut yaitu berdasarkan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) bahwa salah satu gejala dan tanda mayor berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal. Menurut penulis dengan kondisi kedua klien lebih tepat ditegakkan defisit nutrisi dari pada resiko defisit nutrisi karena kedua klien mengalami penurunan berat badan.

Diagnosa keperawatan pre kemoterapi pada klien 2 antara lain :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Menurut hasil analisa peneliti muncul masalah nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik, dari hasil pengkajian data

didapatkan klien 1 mengeluh nyeri pada daerah anus terutama saat sedang BAB, klien mengatakan terakhir BAB tanggal 23 Oktober 2019 dan klien juga mengatakan bahwa konsistensi BAB keras dan berdarah.

Hal ini sesuai dengan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) pada pasien dengan nyeri akut data gejala dan tanda mayor klien mengeluh nyeri. Diagnosa ini sama dengan diagnosa utama klien 1.

b) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan cairan

Menurut analisa data peneliti muncul masalah konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan cairan. Dari hasil pengkajian ditemukan data klien mengeluh konsistensi BAB padat dan keras sehingga sulit dikeluarkan dan menyebabkan nyeri di anus. Alasan peneliti menegakkan diagnosa tersebut yaitu kasus ini sesuai dengan keluhan utama klien yang dimana diagnosa tersebut ditegakkan berdasarkan penyebab munculnya diagnosa yaitu gejala penyakit (Tim pokja SDKI DPP, 2017).

Diagnosa keperawatan post kemoterapi pada klien 2 antara lain :

a) Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi

Menurut hasil analisa peneliti ditegakkan masalah nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi, dari hasil pengkajian data didapatkan klien mengeluh mual, merasa ingin muntah dan tidak nafsu/berminat untuk makan (Tim pokja SDKI DPP, 2017).

Menurut peneliti terdapat kesesuaian antara teori dengan diagnosa yang ditegakkan. Berdasarkan teori Tim pokja SDKI DPP

(2017) bahwa salah satu faktor risiko yang menyebabkan nausea adalah efek agen farmakologis dimana salah satu kondisi klinis yang terkait adalah kanker. Menurut (Dinar, 2017) mekanisme obat kemoterapi adalah dengan mematikan atau menghambat pertumbuhan sel-sel kanker. Sehingga muncul berbagai efek samping yang disebabkan oleh karena efek obat kemoterapi pada jaringan atau sel yang sehat. Penggunaan obat kemoterapi juga memberikan efek samping pada pencernaan, salah satu gejala atau gangguan pencernaan akibat efek kemoterapi adalah reflex mual dan muntah.

Pada diagnosa yang ditegakkan peneliti memiliki kesenjangan dengan teori. Diagnosa yang ditegakkan pada kedua pasien hanya satu diagnosa yang sama dengan teori sedangkan pada teori terdapat enam diagnosa, berarti terdapat kesenjangan antara teori dan aktual, itu terjadi karena tidak selalu masalah yang ditegakkan sesuai dengan teori, dan masalah yang ditegakkan kembali lagi dari kondisi pasien.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita kanker rektum yang disesuaikan dengan (Tim pokja SDKI DPP, 2017) yaitu ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dan resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif karena terpasangnya infus. Sedangkan intra kemoterapi bisa diangkat diagnosa risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan bahan kimia iritatif (kerusakan jaringan progresif irreversibel) karena obat

kemoterapi. Dan pada post kemoterapi dapat diangkat diagnosa nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis dan gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan karena ditemukan efek samping kerontokan pada kedua klien.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas diagnose keperawatan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan.

Rencana tindakan keperawatan pada pre kemoterapi yang akan dilakukan pada klien 1 dan klien 2 dengan masalah nyeri akut antara lain : identifikasi nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dan skala nyeri), Identifikasi respon non verbal, berikan posisi nyaman pada klien, ajarkan teknik distraksi, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu, serta monitor tanda-tanda vital. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada klien 1 dan 2 nyeri akut dapat teratasi dalam waktu 1 x 8 jam.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk nyeri akut yaitu Intervensi Manajemen Nyeri (I.08238): Observasi

(Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal), Terapeutik (Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri), Edukasi (Jelaskan strategi meredakan nyeri), dan Kolaborasi (Kolaborasi pemberian analgetik).

Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: diharapkan tingkat nyeri klien menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

Rencana tindakan keperawatan pada pre kemoterapi yang dibuat untuk mengatasi masalah konstipasi pada klien 2 antara lain : Tentukan pola defekasi bagi klien dan latih untuk menjalankannya, Atur waktu yang tepat untuk defekasi klien seperti sesudah makan, berikan cukupan nutrisi berserat sesuai dengan indikasi, berikan cairan jika tidak kontraindikasi (2-3 liter per hari) dan kolaborasikan pemberian laksatif. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada klien 2 konstipasi dapat teratasi dalam waktu 1 x 24 jam.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk konstipasi yaitu Intervensi Manajemen Konstipasi (I.04155): Observasi (Periksa tanda dan gejala konstipasi, Periksa pergerakan usus dan karakteristis feses, Identifikasi faktor resiko konstipasi), Terapeutik (anjurkan diet tinggi serat), Edukasi (Anjurkan peningkatan asupan cairan,

Latih buang air besar secara teratur), dan Kolaborasi (Kolaborasi penggunaan obat pencahar jika perlu).

Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik dan peristaltik usus membaik.

Rencana tindakan keperawatan pada post kemoterapi yang dibuat untuk mengatasi masalah defisit nutrisi pada klien 1 antara lain : identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai klien, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, monitor berat badan, diskusikan dengan klien pentingnya makanan. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada klien 1 defisit nutrisi dapat teratasi dalam waktu 1 x 8 jam.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk defisit nutrisi yaitu Intervensi Manajemen Nutrisi (I.03119): Observasi (Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan makanan yang disukai, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan), Terapeutik (Berikan makanan berserat untuk mencegah konstipasi), Edukasi (Anjurkan diet yang diprogramkan), dan Kolaborasi (Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan).

Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, dan bising usus membaik

Rencana Tindakan keperawatan pada post kemoterapi yang dibuat untuk mengatasi masalah nausea pada klien 2 antara lain : lakukan pengkajian lengkap rasa mual (frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor yang menyebabkan klien mual), evaluasi efek mual terhadap nafsu makan klien, anjurkan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat, anjurkan klien mengurangi jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual, dan kolaborasi pemberian antiemetik. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada klien 2 risiko gangguan integritas kulit/jaringan dapat teratasi dalam waktu 1 x 24 jam.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk nausea yaitu Intervensi Manajemen Mual (I.03117): Observasi (Identifikasi pengalaman mual, Identifikasi faktor penyebab mual, monitor mual), Terapeutik (Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik), Edukasi (Anjurkan sering membersihkan mulut), dan Kolaborasi (Kolaborasi pemberian antiemetik).

Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, perasaan asam dimulut menurun.

Menurut peneliti kekurangan dari penerapan intervensi tindakan yang telah disusun pada klien 1 dan klien 2 belum sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) tetapi telah meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan

kriteria hasil pada klien 1 dan 2 juga belum sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dilakukan pada waktu yang berbeda yaitu pada klien 1 dilakukan pada tanggal 24 s/d 26 Oktober 2019 di ruang kemoterapi. Sedangkan pada klien 2 dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 28 s/d 31 Oktober 2019 di ruang kemoterapi. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien.

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri pada kedua klien. Tindakan yang dilakukan yaitu menganjurkan melakukan teknik distraksi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah konstipasi pada klien 2 yaitu menganjurkan klien makan makanan yang mengandung serat. Menurut penelitian (Rizky, Rahfiludin, & Suyatno, 2015). Berdasarkan hasil uji statistic *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara asupan serat dengan kejadian konstipasi, sedangkan hasil uji *rank sperarman* menunjukkan adanya hubungan antara asupan serat dengan periode buang

air besar (BAB) dan dijelaskan bahwa semakin besar asupan serat semakin kecil periode buang air besar (BAB) atau dapat dikatakan buang air besar (BAB) semakin sering.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi pada klien 1 yaitu memonitor asupan makanan. Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nausea klien 2 yaitu menganjurkan klien untuk melatih makan sedikit tapi sering.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Ali, 2009).

Hasil evaluasi keperawatan pada pre, intra dan post kemoterapi pada klien 1 dari 2 diagnosa yang muncul. Pada pre kemoterapi terdapat 1 diagnosa yang teratasi yaitu nyeri akut yang ditandai dengan klien mengatakan bahwa nyeri yang ia rasakan sudah berkurang dan 1 diagnosa teratasi pada hari ketiga yaitu defisit nutrisi yang ditandai dengan nafsu makan klien membaik dan mulai terbiasa ngemil.

Hasil evaluasi keperawatan pada pre, intra dan post kemoterapi pada klien 2 dari 3 diagnosa yang muncul. Pada pre kemoterapi diagnosa nyeri akut masalah teratasi sebagian, ditandai dengan klien masih mengeluh nyeri

di daerah anusya belum hilang tetapi sudah berkurang. Pada diagnosa konstipasi, masalah teratasi ditandai dengan BAB sudah lancar dengan konsistensi lunak dan infus klien telah dilepas. Pada post kemoterapi diagnosa risiko nausea teratasi ditandai dengan telah selesainya pemberian obat kemoterapi dan tidak terdapat tanda-tanda mual muntah.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 pada pasien Ca Rektum di Ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

##### **1. Pengkajian**

Dapat dilakukan pengkajian secara komperhensif pada klien 1 dan klien 2. Data yang didapatkan yaitu identitas klien, riwayat penyakit, data psikososial. Data tersebut berdasarkan hasil wawancara dengan klien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul dari data pengkajian klien 1 pada pre kemoterapi ditegakkan 1 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut. Sedangkan diagnosa pre kemoterapi pada klien 2 yaitu nyeri akut dan konstipasi. Pada intra kemoterapi tidak ditemukan masalah keperawatan baik pada klien 1 maupun 2. Adapun diagnosa pada post kemoterapi klien 1 yaitu defisit nutrisi dan klien 2 yaitu nausea.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 dapat disusun sesuai dengan diagnosa yang muncul, rencana yang telah disusun Memiliki kesenjangan dengan teori yang ada yaitu tidak sesuai dengan SIKI dan SLKI. Perencanaan dibuat sesuai dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil dari pengkajian.

### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan klien kemoterapi dengan Ca Rektum.

### 5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada Klien 1 selama 3 hari dan pada Klien 2 selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon klien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, klien cukup kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan.

## **B. SARAN**

### 1. Bagi Peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien kemoterapi dengan Ca rektum yang diberikan dapat tepat, peneliti diharapkan harus benar-benar menguasai konsep mengenai Ca rektum

terutama pada faktor etiologi, klasifikasi dan patofisiologi tentang Ca rektum serta konsep kemoterapi, selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang di temukan pada klien.

Peneliti juga harus teliti saat analisis data, dimana data subjektif dan objektif yang digunakan untuk penegakan diagnosa keperawatan harus berdasarkan data yang didapatkan saat melakukan pengkajian awal. Peneliti seharusnya menjelaskan keadaan Klien yang akan dikemoterapi berada dalam tahap stadium berapa. Menurut teori penulis dari Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2014, terapi kemoterapi direkomendasikan untuk kanker kolorektal stadium III dan II yang memiliki resiko tinggi.

Pada bagian penegakan diagnosa keperawatan, diharapkan peneliti lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan, diharapkan peneliti klien 1 dan klien 2 dalam merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar luaran Keperawatan Indonesia.

Pada bagian implementasi keperawatan, diharapkan peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dirumuskan oleh peneliti agar diagnosa keperawatan yang muncul dapat teratasi.

Dalam melakukan tindakan terutama saat pemberian obat kemoterapi perawat atau peneliti juga harus mementingkan keselamatan dirinya yaitu memakai alat pelindung lengkap mulai dari kaca mata plastik, sarung tangan lateks steril, masker, tutup kepala, gaun pelindung, sepatu boots pelindung kaki.

Pada bagian evaluasi keperawatan, diharapkan peneliti lebih memahami tentang konsep evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, S. (2015). *Stop!Kanker*. Yogyakarta: Istana Media.
- Controversies, B., & Obstetrics, I. N. (2013). *Prinsip Dasar Kemoterapi*.
- Dinar, dr. A. (2017). Telapak tangan dan kaki kebas setelah kemoterapi.
- DOLIJON, Y. (2018). *Asuhan Keperawatan dengan Kanker Rectal*.
- Faisal. (2017). *Laporan Pendahuluan Ca Recti*.
- Guangzhou, M. C. H. (2012). *Intevensi Kemoterapi*. Diambil dari <https://www.moderncancerhospital.co.id>
- Indarti, A. F. (2015). *Profil Pasien Kanker Rektum Yang Menjalani Radiasi Di Departemen Radioterapi Rsupn Cipto Mangunkusumo*.
- Kementrian Kesehatan. (2017). *GERMAS*.
- Komite Penanggulangan Kanker Nasional. (2014). *Panduan Penatalaksanaan Kanker Kolorektal*. 1.
- National Cancer Institute. (2015). *Kemoterapi dan Anda*.
- Potter, & Perry. (2011). *Implementasi keperawatan*.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Primasiwi, A. (2019). *Perbaiki Pola Makan dan Gaya Hidup Demi Cegah Kanker Kolorektal*.
- Ridha & Hilda. (2019). *Pengaruh Pelaksanaan SOP Perawat terhadap Tingkat Kecemasan Pasien*. 3(23), 84-96.
- Shirley E. Otto. (2005). *Keperawatan Onkologi* (hal. 399). hal. 399.
- Suharti, Meira, H., Udhiyah, H., & Rizky, M. (2015). *Hubungan Lama Pemasangan Infus dengan Kejadian Plebitis*. 1–6.
- Suratun & Lusianah. (2014). *Asuhan Keperawatan Gastrointestinal* (hal. 274). hal. 274. Jakarta: CV.TRANS INFO MEDIA.
- Tim pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Idikator Diagnostik* (Cetakan II). Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Cetakan II). Jakarta.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Cetakan II)*. Jakarta
- Titania, Y. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ca Colorectal*. Padang.
- Usohin, D. N., Falah, F., & Dasong, S. (2018). *Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Manajemen Kemoterapi Pada Pasien Kanker Di Rs Ibnu Sina Makassar*. 12(2012), 146–152.

## LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama : Jessyca Dumanauw  
 NIM : P07220117055  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Ca Rektum di Ruang Konsultasi RSUD Dr. Kanjoso Djahwibowen Balikpapan Kalimantan Timur  
 Nama Pembimbing : Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd

No	Hari/ Tanggal	Materi Pembimbing	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	Selasa, 21 Januari 2020	1. BAB I LATAR BELAKANG MASALAH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prilog</li> <li>- Reduksi pengetahuan dan Pengetahuan</li> <li>- Tambahkan teori' konsep</li> <li>- Praktek ulin di rumah Pratin</li> <li>- Peran perawat ditambahkan</li> <li>- Tambahkan dampak kemoterapi</li> </ul>	
2.	Senin, 27 Januari 2020	1. BAB I LATAR BELAKANG MASALAH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduksi pengetahuan dan Spasi</li> <li>- Perbaiki judul</li> <li>- tambahkan dampak dari ca rektum</li> <li>- Lanjut BAB II</li> </ul>	
3.	Kamis, 6 feb 2020	1. BAB I Latar belakang Masalah  2. BAB II Tinjauan pustaka	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Judul proposal diperbaiki</li> <li>- Reduksi pengetahuan</li> <li>- Konsep Masalah dipindahkan ke diagnosis</li> <li>- Reduksi kon- pathway</li> </ul>	
4.	Kamis, 20/02 2020	1. BAB I Latar Belakang Masalah  2. BAB II TINJAUAN PUSTAKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduksi pengetahuan</li> <li>- Reduksi pengetahuan</li> <li>- Jelaskan standar literatur</li> <li>- Tambahkan OTEK pada literatur tak: nomor 4</li> <li>- Konsep Asuhan ke perawat pada ulin ca rektum</li> <li>- Lanjut (BAB II)</li> </ul>	

5.	Jumat, 21/02 2020	BAB I LBM BAB II TINJAUAN PUSTAKA BAB III METODE PENELITIAN	Ace. u/proposal bentuk Abstrak.	
----	----------------------	---	------------------------------------	---

## LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Jessyca Dumanauw

NIM : P07220117055

Judul : “Literatur Review Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur”

Nama Pembimbing I : Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI PEMBAHASAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	Senin / 27 April 2020	BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Pengkajian diperjelas</li><li>➤ Lanjutkan pembahasan perkasus kaitkan dengan teori. Sebutkan kelebihan dan kekurangannya terkait teori.</li></ul>	
2	Sabtu / 09 Mei 2020	BAB IV  BAB V	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Perbaiki saran sesuaikan dengan literatur review</li><li>➤ Pada judul KTI ditambahkan literatur review</li><li>➤ Penyusunan KTI dari BAB I hingga BAB V</li><li>➤ buat PPT untuk ujian</li></ul>	

## LEMBAR KONSULTASI HASIL KTI

Nama Mahasiswa : Jessyca Dumanauw

NIM : P07220117055

Judul : “Literatur Review Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan  
Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD Dr. Kanujoso  
Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur”

Nama Pembimbing I : Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd

<b>NO</b>	<b>HARI/ TANGGAL</b>	<b>MATERI PEMBAHASAN</b>	<b>SARAN PEMBIMBING</b>	<b>TTD PEMBIMBING</b>
1.	Senin / 18 Mei 2020	BAB I - V : Hasil perbaikan setelah ujian akhir	(feedback 11 Juni 2020) <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Perbaiki redaksi dari awal hingga akhir laporan tugas akhir</li><li>➤ ACC Karya Tulis Ilmiah</li></ul>	

## LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Jessyca Dumanauw  
 NIM : P07220117055  
 Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur”  
 Nama Pembimbing II : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI PEMBAHASAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	Minggu / 12 Januari 2020	Cover BAB I PENDAHULUAN LATAR BELAKANG MASALAH	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perhatikan pengetikan</li> <li>➤ Kurangi pengulangan pembahasan</li> <li>➤ Tambahkan data kasus dari tempat penelitian</li> </ul>	
2	Minggu / 19 Januari 2020	Cover BAB I LATAR BELAKANG MASALAH  Lanjutkan BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perbaiki judul proposal</li> <li>➤ Sumber kutipan diperbaiki dan diperjelas</li> <li>➤ Sesuaikan LBM dengan piramida terbalik</li> <li>➤ Perhatikan pengetikan</li> <li>➤ Ringkas peran perawat</li> <li>➤ masukan data kasus dari tempat penelitian setelah pelaksanaan</li> <li>➤ Masukan anatomi</li> <li>➤ masukan pathway</li> <li>➤ Asuhan keperawatan</li> </ul>	
3	Sabtu / 08 Februari 2020	BAB I ACC BAB II Tinjauan Pustaka	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Redaksi dan keapian pengetikan diperhatikan</li> <li>➤ Masukan teori nyeri</li> <li>➤ Nilai kriteria hasil tidak usah dimasukkan</li> <li>➤ Lanjutkan BAB III</li> </ul>	
4	Minggu / 23 Februari 2020	BAB III  Daftar Pustaka  Kata Pengantar  Lembar persetujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ACC</li> <li>➤ Diurutkan sesuai abjad</li> <li>➤ ACC, Lanjut buat PPT</li> <li>➤ ACC tanda tangan, ujian proposal , Pelajari proposal!</li> </ul>	

## LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Jessyca Dumanauw  
 NIM : P07220117055  
 Judul : “Literatur Review Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan  
 Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD Dr. Kanujoso  
 Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur”  
 Nama Pembimbing II : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI PEMBAHASAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	Senin / 27 April 2020	BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perhatikan pengetikan               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peneliti (pada gambar lokasi penelitian)</li> <li>- Nyeri di anus ditandai dengan benjolan+ ada luka ≠</li> </ul> </li> <li>➤ Genetalia Klien 1 ?</li> <li>➤ Pada Pre kemoterapi Klien 1 menyeluh nyeri pada</li> <li>➤ Tolong dipembahasannya uraikan hasil intervensi dikaitkan dengan teori</li> </ul>	
2	Kamis / 07 Mei 2020  12.00	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lanjutkan BAB V               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesimpulan dan saran</li> <li>- Menjawab tujuan khusus BAB I</li> <li>- Saran (Tanggapan/ Uneg-uneg/kritikan) kepada :klien/individu, keluarga/masyarakat dan petugas kesehatan</li> </ul> </li> </ul>	
3	19.17	BAB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kesimpulan jangan terlalu banyak uraiannya, cukup disingkat ambil intinya saja</li> <li>➤ Tambahkan saran bagi klien dan keluarga</li> </ul>	
4	Sabtu / 09 Mei 2020	BAB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pulisan kesimpulan dan saran jangan terlalu panjang isinya</li> </ul>	

## LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Jessyca Dumanauw

NIM : P07220117055

Judul : “Literatur Review Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan  
Ca Rektum Di Ruang Kemoterapi RSUD Dr. Kanujoso  
Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur”

Nama Pembimbing II : Sri Hazanah, S.ST.,SKM.,M.P.H

<b>NO</b>	<b>HARI/ TANGGAL</b>	<b>MATERI PEMBAHASAN</b>	<b>SARAN PEMBIMBING</b>	<b>TTD PEMBIMBING</b>
1	Senin / 18 Mei 2020	BAB I – V : Hasil revisi setelah ujian seminar hasil.	(feedback 07 Juni 2020) ► Acc Karya Tulis Ilmiah	



FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Tanggal MRS : Selasa, 22 Oktober 2019 (SOKA) Jam Masuk : 17.00  
Tanggal Pengkajian : Kamis, 24 Oktober 2019 (KEMO) No. RM : 78-307X  
Jam Pengkajian : ..... Diagnosa Masuk : Ca-Recti

IDENTITAS

1. Nama Pasien : Ny. S Penanggung jawab biaya : BPJS  
2. Tanggal lahir : 19/01/1969 Nama : NY.S  
3. Suku Bangsa : Ambon Alamat : .....  
4. Agama : Protestan  
5. Pendidikan : ST  
6. Pekerjaan : -  
7. Alamat : Graha Indah

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama : Nyeri Anus saat BAB  
2. Keluhan Penyakit Sekarang : Pasien mengatakan masuk rumah sakit untuk menjalani kemoterapi dari hasil lab dinyatakan Hb turun 9,8. lalu dirawat di ruang soka untuk perbaikan Hb. pada hari Rabu 23 Oktober 2019 dilakukan pengcekkan ulang Hb dengan hasil 11,3. Hasil konsul dokter Acc lanjut kemo II. pasien dipindah ke ruang Kemo. pasien mengeluh nyeri saat BAB berdarah + konsistensinya padat

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Pernah dirawat  ya  tidak kapan: kemo I (10 Okt 2019)  
2. Riwayat penyakit kronik dan menular  ya  tidak diagnosis: Ca-recty  
Riwayat kontrol : 18 Oktober 2019 jenis: .....  
Riwayat penggunaan obat : .....  
3. Riwayat alergi  ya  tidak jenis: .....  
4. Riwayat operasi  ya  tidak kapan: bulan September 2019  
5. Lain-lain : .....

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya  tidak jenis: .....

GENOGRAM



- = laki-laki
- = perempuan
- = perempuan pasien
- = laki-laki meninggal
- = perempuan meninggal

PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN

Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan

- Alkohol                      ya       Tidak
- Keterangan .....
- Merokok                      ya       Tidak
- Keterangan .....
- Obat                      ya       Tidak
- Keterangan .....
- Olahraga                      ya       Tidak
- Keterangan .....

OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum : sedang

Posisi pasien : supinasi

Alat medis/ invasif yang terpasang : NGT (x)

Tanda klinis yang mencolok : ( ) sianosis ( ) perdarahan

- Sakit ringan       Sakit sedang       Sakit berat

2. Kesadaran:

Kualitatif:

- Compos Mentis       Apatis       Somnolen       Sepor       Koma

Kuantitatif: GCS : E4.M6.V5

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale)

Parameter yang dinilai	Nilai/Skor
1. Membuka Mata/Eye (E) - Klien dapat membuka mata spontan - Klien dapat membuka mata dengan perintah - Klien dapat membuka mata dengan rangsangan nyeri - Klien tidak berespon	4 3 2 1
2. Respon Motorik (M) - Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi - Klien hanya mampu melokalisasi nyeri - Klien hanya mampu menhindar sumber nyeri - Adanya gerakan fleksi abnormal (decortikasi) - Adanya gerakan ekstensi abnormal (decerebrasi) - Klien tidak berespon	6 5 4 3 2 1
3. Respon Verbal (V) - Klien mampu menjawab dengan benar, orientasi sempurna - Klien mengalami disorientasi, bingung - Kata-kata tidak dapat dimengerti/tidak bermakna - Suara tidak jelas/hanya mengerang - Klien tidak berespon	5 4 3 2 1

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital

S : 36.2      N : 98      TD : 110/70      RR : 20

Tekanan sistolik + (2 x tekanan diastolik)

MAP : \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ mmHg

4. Kenyamanan/nyeri

Nyeri ya  Tidak

P : Provokatif dan palliatif:

Q : Quality dan Quantitas:

R : Regio :

S : Severity:

T : Time :

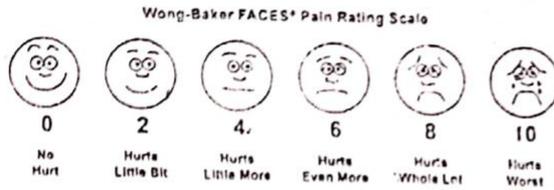
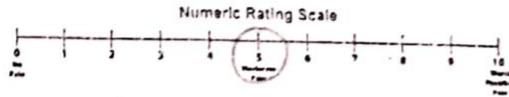
P = m recti

Q = defekasi - tidak

R = anus

S = skala 5

T. Hilang Ambul (sakit BAB)



Masalah Keperawatan : Klasifikasi akut

5. Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkontrol/trk teratur (perlu pencakar)	0
		1	Kadang-kadang trk terkendali	
		2	Mandiri	
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkontrol/pakai kateter	
		1	Kadang-kadang tak terkontrol (1 x 24 jam)	
		2	Mandiri	
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	2
		1	Mandiri	
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	2
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	2
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	3
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	3
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	2
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	2
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	1
		1	Mandiri	
Total skor				

Kategori tingkat ketergantungan pasien: 18

Keterangan:

20 = Mandiri

12 - 19 = Ketergantungan ringan

9 - 11 = Ketergantungan sedang

5 - 8 = Ketergantungan berat

0 - 4 = Ketergantungan total

6. Pemeriksaan Kepala

Finger print di tengah frontal : (  ) Terhidrasi ( ) Dehidrasi  
 Kulit kepala (  ) Bersih ( ) Luka

Rambut :

Penyebaran : Merata  
 Warna : hitam  
 Mudah patah : Ya  
 Bercabang : -  
 Cerah / kusam : Kusam  
 Kelainan : tidak ada kelainan

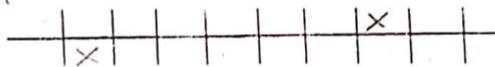
Mata:

Sklera : (  ) Putih ( ) Ikterik  
 Konjungtiva : (  ) Merah muda ( ) Anemia  
 Palpebra : (  ) Tidak ada edema ( ) Edema  
 Kornea : (  ) Jernih ( ) Keruh  
 Reflek cahaya : (  ) + ( ) -  
 TIO : -  
 Pupil : (  ) Isokor ( ) anisokor ( ) diameter  
 Visus : tidak ada kelainan OS ..... CE  
 Kelainan : tidak ada kelainan

Hidung :

Pernafasan Cuping hidung: ( ) Ada (  ) Tidak ada  
 Posisi septum nasi: (  ) Ditengah ( ) Deviasi  
 Lubang hidung: terutup  
 Ketajaman penciuman: (+)  
 Kelainan : -

Rongga Mulut :

Bibir : Warna puat  
 Gigi geligi :   
 Lidah : Warna merah muda, tampak bersih  
 Mukosa: (  ) Lembab ( ) Kering ( ) Stomatitis  
 Tonsil: Ukuran 2  
 Uvula: Letak (  ) Simetris Ditengah ( ) Deviasi

Telinga:

Daun/pina telinga : simetris kiri dan kanan  
 Kanalis telinga : tidak ada serumen  
 Membran Timpani : Cahaya politser  
 Ketajaman pendengaran : Patient dapat mendengar detak jam  
 Tes weber : 256 Hz } tidak dilakukan pemeriksaan  
 Tes Rinne : 512 Hz }  
 Tes Swabach : 512 Hz }  
 Telinga kiri ..... telinga kanan .....  
 Kesimpulan : tidak ada masalah keperawatan  
 Masalah Keperawatan : -

7. Pemeriksaan Leher

Kelenjar getah bening: ( ) Teraba (  ) Tidak teraba  
 Tiroid : ( ) Teraba (  ) Tidak teraba  
 Posisi trakea : (  ) Letak di tengah ( ) Deviasi ke arah .....  
 JVP : 1 ..... cmH<sub>2</sub>O  
 Masalah Keperawatan : -

8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan tidak ada keluhan

a. Keluhan:  Sesak  nyeri waktu bernafas  
 Batuk  Produktif  Tidak produktif  
 Sekret: tidak ada Konsistensi : .....  
 Warna: ..... Bau : .....

b. Inspeksi

Bentuk dada  simetris  asimetris  barrel chest  
 Funnel chest  Pigeons chest

Frekuensi: 20 x/menit

Irama nafas:  teratur  tidak teratur

Pola pernafasan: normal  Dispnoe  Kusmaul  Cheyne Stokes  
 Bradipnae  Takipnea  Hyperventilasi

Pernafasan cuping hidung:  Ada  Tidak  
 Otot bantu pernafasan:  Ada  Tidak  
 Usaha nafas:  Posisi duduk  menunduk  
 Alat bantu nafas:  Ya  Tidak

Jenis ..... Flow ..... lpm

c. Palpasi

Vocal premitus : anterior dada beraturan sama kanan/kiri posterior dada beraturan sama kanan/kiri  
 Ekspansi paru : anterior dada simetris kanan/kiri posterior dada simetris kanan/kiri  
 Kelainan  
 Krepitasi  Deviasi trakea  Trakeostomy

d. Perkusi:  Sonor  Redup  Pekak  Hipersonor/timpani

Batas Paru Hepar: .....

e. Auskultasi:

Suara Nafas:  Vesikuler  Bronko vesikuler  Rales  
 Ronki  Wheezing  Suara nafas tambahan lainnya: .....

Suara Ucapan: Jelas

f. Penggunaan WSD: tidak ada pemasangan WSD

1. Jenis :  
 2. Jumlah Cairan :  
 3. Undulasi :  
 4. Tekanan :

Masalah Keperawatan: .....

9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler

a. Keluhan: Nyeri dada  Ada  Tidak

P: .....  
 Q: .....  
 R: .....  
 S: .....  
 T: .....

b. Inspeksi : .....  
 CRT : 2 detik  
 Sianosis : (-)  
 Ujung jari:  Jari tabuh

c. Palpasi : ictus cordis  
 Akral (  )hangat ( )panas ( )dingin ( )Kering ( )basah

d. Perkusi:  
 Batas Atas : ICS II linea parasternalis dekstra  
 Batas Bawah : ICS IV linea parasternalis dekstra  
 Batas Kanan : ICS IV linea parasternalis dekstra Batas Kiri : ICS IV linea medioclavikula kiri

e. Auskultasi :  
 BJ II - Aorta : normal lup dup ICS 2  
 BJ II - Pulmual : normal lup dup ICS 2 BJ II : mitral ICS 5 duba  
 BJ I - Trikuspidalis : normal lup dup ICS 4

Bunyi jantung tambahan : (-)

Kelainan : tidak ada kelainan

f. CVP : .....

g. CTR : .....

h. ECG & Interpretasinya : A

Lain-lain : .....

Masalah Keperawatan : .....

10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB : 37 TB : 147 IMT :  $\frac{37}{(147)^2} = \frac{37}{21609} = 0.001712$  kg m<sup>2</sup> Kategori : Rendah

Parameter	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	2
1 - 5 kg	1
6 - 10 kg	2
11 - 15 kg	3
> 15 kg	4
Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan	
a. Ya	1
b. Tidak	0
<b>Total Skor</b>	<b>0</b>

BB dulu 42 kg bulan september 2019

Keterangan: Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor ≤ 2, skrining ulang 7 hari.

BAB : ..... x hari

terakhir tanggal : 23 Oktober 2019

Konsistensi :  keras  lunak  cair  lendir/darah

Diet :  padat  lunak  cair

Jenis diet : .....

Nafsu makan :  baik  menurun frekuensi : 3 x/hari

Porsi makan :  habis  tidak Keterangan lainnya : .....

Abdomen

Inspeksi :

Bentuk : .....

Bayangan vena : (-)

Benjolan / massa : (-)



Luka operasi :  ada  tidak

Tanggal operasi : September 2019

Jenis operasi : Laparotomy

Lokasi : di Pergo 5 dan 8

Kadaan : Drain  baik  tidak

Jumlah : .....

Warna : .....

Kondisi area sekitar insersi : .....

Auskultasi : Peristaltik : 8 x/menit

Palpasi :  tegang  kembung  ascites

Nyeri tekan :  ya  tidak Titik Mc Burney : .....

Massa : tidak ada masalah

Hepar : tidak ada masalah

Ginjal : tidak ada masalah

Perkusi :

Pemeriksaan ascites: undulasi : .....

Ginjal : nyeri ketuk  ada  tidak Sifting Dullnes : .....

Masalah Keperawatan : .....

11. Sistem Persyarafan

- a. Memori :  Panjang  Pendek  
 b. Perhatian :  Dapat mengulang  Tidak dapat mengulang  
 c. Bahasa :  Baik  Tidak (ket: .....)  
 d. Kognisi :  Baik  Tidak  
 e. Orientasi :  Orang  Tempat  Waktu  
 f. Saraf sensori :  Nyeri tusuk  Suhu  Sentuhan  
 Lainnya : .....

- g. Saraf koordinasi (cerebral) :  Ya  Tidak

Tingkat kekuatan reflek:

- h. Refleks Fisiologis
- |                |   |   |   |   |   |   |  |
|----------------|---|---|---|---|---|---|--|
| Patella        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | = tidak ada reflek                       |
| Achilles       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | = hipoaktif                              |
| Bisep          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | = normal                                 |
| Trisep         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | = hiperaktif                             |
| Brakioradialis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | = hiperaktif dengan klonus terus menerus |

- i. Refleks patologis:  babinsky  brudzinsky  kernig

- j. Keluhan pusing :  Ya  Tidak

- k. Istirahat tidur: 7-8 jam/hari Gangguan tidur: tidak ada

l. Pemeriksaan saraf kranial

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| N1  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>Penglihatan baik</u>                         |
| N2  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>Refleks bola</u>                             |
| N3  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>mampu menggerakkan bola mata</u>             |
| N4  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>mampu menggerakkan otot bola mata</u>        |
| N5  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>Dapat mengunyah</u>                          |
| N6  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>mampu menggerakkan bola mata</u>             |
| N7  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>mampu menangkap</u>                          |
| N8  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>Penglihatan baik</u>                         |
| N9  | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>mampu menelan</u>                            |
| N10 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>mampu menelan dan menerima rangsang dari</u> |
| N11 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>mampu menggerakkan kepala</u>                |
| N12 | : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tidak | Ket: <u>mampu menggerakkan lidah</u>                 |

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

12. Sistem Perkemihan

- a. Kebersihan :  Bersih  Kotor
- b. Keluhan kencing :  Nokturi  Inkontinensia tidak ada masalah  
 Gross hematuri  Poliuria  
 Disuria  Oliguria  
 Retensi  Hesistensi  
 Anuria
- c. Kemampuan berkemih  Spontan  Aiat bantu, sebutkan: .....  
 Jenis : .....  
 Ukuran : .....  
 Hari ke : .....
- d. Produksi urine : 1000 ml/hari Warna : ..... Bau: .....
- e. Kandung kemis :  Membesar  ya  tidak  
 Nyeri tekan  ya  tidak
- f. Balance cairan: Tgl 24-October 2019 jam 08-00 - 14-00

Intake		Output	
Minum peroral	: <u>1800</u> ml/hr	Urine (0,5 - 1 ml/kg/BB/jam)	: <u>1000</u> ml/hr
Cairan infus	: <u>200</u> ml/hr	Drain	: ..... ml/hr
Obat IV	: <u>20</u> ml/hr	IWL (10 - 15 ml/kg/BB/24 jam)	: ..... ml/hr
NGT	: ..... ml/hr	Diare	: ..... ml/hr
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	: ..... ml/hr	Muntah	: ..... ml/hr
		Perdarahan	: ..... ml/hr
		Feses (1x = 20 ml/hari)	: <u>20</u> ml/hr
<b>Total</b>	: ..... ml/hr	<b>Total</b>	: <u>1020</u> ml/hr

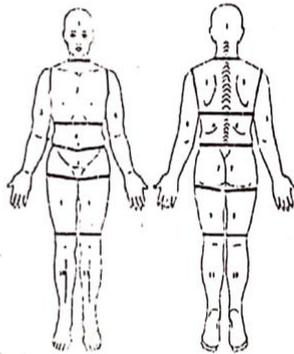
Balance cairan hari perawatan: 800ml

Indikasi SW  
 DfA 10  
 Difen 10  
 am 2  
 ca 20  
 25

13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

- a. Pergerakan sendi:  Bebas  Terbatas  
 b. Kekuatan otot:  $\begin{array}{c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$

- c. Kelainan ekstremitas:  ya  tidak  
 d. Kelainan tulang belakang:  ya  tidak  
 e. Fraktur:  ya  tidak  
 f. Traksi / spalk / gips:  ya  tidak  
 g. Kompartemen syndrome:  ya  tidak  
 h. Kulit:  ikterik  sianosis  kemerahan  hiperpigmentasi  
 i. Turgor:  baik  kurang  jelek  
 j. Luka:  Tidak  ada  Diameter ..... cm  
 Luas luka  panjang ..... cm  
 Derajat luka : .....  
 Warna dasar luka  merah  kuning  hitam  
 Tipe eksudat/cairan luka : .....  
 Goa :  ada, ukuran .....  
 Tepi luka : .....  
 Jaringan granulasi : ..... %  
 Warna kulit sekitar luka : .....  
 Edema sekitar luka : .....  
 Tanda-tanda infeksi:  Tidak  Ya  
 Lokasi: beri tanda X



- k. Edema ekstremitas: .....  
 l. Pitting edema : +/- grade : .....  
 Ekstremitas atas:  
 RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 Penilaian Edema:  
 RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +1 : kedalaman 1 – 3 mm, waktu kembali 3 detik  
 Ekstremitas bawah:  
 RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 +2 : kedalaman 3 – 5 mm, waktu kembali 5 detik  
 RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +3 : kedalaman 5 – 7 mm, waktu kembali 7 detik  
 +4 : kedalaman > 7 mm, waktu kembali 7 detik  
 Orther: .....  
 m. Ekskoriasis:  ya  tidak  
 n. Psoriasis:  ya  tidak  
 o. Urtikaria:  ya  tidak  
 p. Lain-lain: .....

Penilaian risiko decubitus:

Aspek yang dinilai	KRITERIA YANG DINILAI				NILAI
	1	2	3	4	
Persepsi Sensori	Terbatas Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Gangguan	4
Kelembaban	Terus Menerus Basah	Sangat Lembab	Kadang-kadang Basah	Jarang Basah	4
Aktivitas	Bedfast	Chairfast	Kadang-kadang Jalan	Lebih Sering Jalan	4
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	4
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	3
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		3
Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami decubitus (Pressure ulcers) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)				TOTAL NILAI	22 (low risk)

Kategori pasien :

14. Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tyroid:  ya  tidak  
 Pembesaran kelenjar getah bening:  ya  tidak  
 Pankreas:  ya  tidak  
 Trias DM:  ya  tidak  
 Hipoglikemia:  ya  tidak  
 Hiperglikemia:  ya  tidak  
 Kondisi kaki DM:  ya  tidak  
 - Luka ganggren  ya  tidak  
 - Jenis luka : .....  
 - Lama luka : .....  
 - Warna : .....  
 - Luas luka : .....  
 - Kedalaman : .....  
 - Kulit Kaki : .....  
 - Kuku Kaki : .....  
 - Telapak Kaki : .....  
 - Jari Kaki : .....  
 - Infeksi :  ya  tidak  
 - Riwayat luka sebelumnya :  ya  tidak  
     Tahun : .....  
     Jenis luka : .....  
     Lokasi : .....  
 - Riwayat amputasi sebelumnya :  ya  tidak  
     Jika Ya  
         Tahun : .....  
         Lokasi : .....  
         Lain-lain : .....  
 Masalah Keperawatan : *tidak ada masalah keperawatan*

15. Seksualitas dan Reproduksi

a. Payudara : benjolan : ada/tidak  
 Kehamilan : ya/tidak  
 HPHT  
 b. Genitalia :  
 Wanita : flour albus : ya/tidak  
     Prolaps uteri : ada/tidak  
 Pria : masalah prostat/kelainan : ada/tidak  
 Masalah Keperawatan : *tidak ada masalah keperawatan*

16. Keamanan Lingkungan

Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

Faktor Risiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya		25
	Tidak	0	0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya		15
	Tidak	0	0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, tongkat, walker		15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat		0
	Ya	20	20
Kemampuan berjalan	Tidak	0	0
	Gangguan (pincang/diseret)		20
Status mental	Lemah		10
	Normal/bedrest/imobilisasi	0	0
	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri		0
<b>Total skor</b>			

Kesimpulan : Kategori pasien : *Rendah*  
 Risiko =  $\geq 45$   
 Sedang = 25 - 44  
 Rendah = 0 - 24  
 Masalah Keperawatan : *tidak ada masalah keperawatan*

**PENGAJIAN PSIKOSOSIAL**

- a. Persepsi klien terhadap penyakitnya  
 Cobaan Tuhan       Hukuman       Lainnya
- b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya  
 Murung/diam       Gelisah       Tegang       Marah/menangis
- c. Reaksi saat interaksi  
 Kooperatif       Tidak kooperatif       Curiga
- d. Gangguan Konsep Diri  
 ya       Tidak

Masalah Keperawatan : *tidak ada masalah keperawatan*

**PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN**

- a. Mandi : ..... 1 ..... x/hari      f. Ganti pakaian : ..... 1 ..... x/hari
- b. Keramas : ..... x/hari      g. Sikat Gigi : ..... 1 ..... x/hari
- c. Memotong kuku : ..... x/hari
- d. Merokok:       ya       Tidak
- e. Alkohol:       ya       Tidak

Masalah Keperawatan : *tidak ada masalah keperawatan*

**PENGAJIAN SPIRITUAL**

Kebiasaan beribadah

- a. Sebelum sakit:       Sering       Kadang-kadang       Tidak pernah
- b. Selama sakit:       Sering       Kadang-kadang       Tidak pernah

**PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
23/10/2019	a	Hb 11.3 N= 11.0-16.5 g/dl leukosit 9.22 N= 4.00-10.00 eritrosit 4.59 N= 4.20-5.40 Hematokrit L 36.0 N= 37.0-47.0 Trombosit 236
22/10/2019	a	Hb 9.8 N= 11.0-16.5 g/dl leukosit L 2.93 N= 4.00-10.00 eritrosit 1.92 N= 4.20-5.40 Hematokrit L 34.4 N= 37.0-47.0 Trombosit 249

**OBAT YANG DITERIMA**

Nama Obat	Dosis	Nama Obat	Dosis
1. dexametason	5 mg III	6. leucopurin	500 mg / DS 250 cc
2. ondansetron	8 mg	7. bolus SFU 500 mg SFU 750 mg	NS 100 cc NI 1000 cc
3. om2	40 mg	8. Dipentylramin	1 amp
4. Nacl 0.9%	24 bpm	9. Beloxa	100 mg dua ds 250cc
5. ca gluconas	1 amp	10. kewanjian	1x1 tab
		11. Neurodex	2x1 tab

Balikpapan, ..... 2019  
Perawat.

## DATA FOKUS

### 1. DATA SUBJEKTIF:

- pasien mengeluh nyeri
- pasien mengatakan kurang nafsu makan

### 2. DATA OBJEKTIF:

- Berat Badan Menurun 5kg  
dulu 42 kg  
sekrng 37 kg
- membran mukosa pucat
- IMT 17,22 (kategori rendah)
- TB 147 cm
- porsi makan, habis  $\frac{1}{4}$
- TVU : TD 110/70 mmHg  
H. 98 x /menit  
PR = 20x /menit  
T : 36,6°C

Tanggal, .....

Perawat,



## ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1	DS: pasien mengeluh nyeri  DO: P = CA. Beck A = ketiak - dusuk R = Anus S = skala 5 T = bilangan ambul TTV = 110/30 mmHg 98 x/menit 30 x/menit 36,6 °C	Agen percedera fisiologis	Nyeri akut
2	DS: pasien mengatakan kurang nafsu makan  DO: berat badan menurun Membian nutrisi parenteral IMT rendah 17,22 BB = 37 kg TB = 147 cm porsi makan 1/4	Kurangnya asupan makan	Defisit Nutrisi

### Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d Agen Percedera fisiologis
2. Defisit Nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme

# INTERVENSI

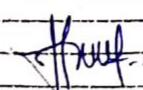
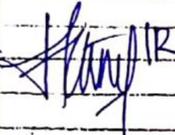
NO	DX KEP	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Nyeri akut b.d Asen Pencedera Htik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri dapat berkurang atau teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 1 2. Pasien tampak tenang dan tidak merintasi 3. TTV dalam batas normal	1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri, skala nyeri 1.2 Identifikasi respon non Verbal 1.3 Berikan Posisi Nyaman 1.4 Ajarkan teknik Distraksi 1.5 Kolaborasi pemberian Analgetik jika perlu 1.6 Monitor Tanda-Tanda vital
2.	Defisit Nutrisi b.d Kurangnya asupan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi 2. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat 3. Pasien mampu menghabiskan porsi makan yang diberikan	2.1 Identifikasi status nutrisi 2.2 Identifikasi Makanan yang disukai 2.3 Identifikasi alergi dan Intoleransi makanan 2.4 Monitor asupan makanan 2.5 Monitor BB 2.6 Diskusikan dengan pasien pentingnya makanan

# IMPLEMENTASI

NO	Hari tanggal	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	PARAF
1.	24 oktober 2019 08.00	Melakukan BHSP ke pasien 1.1 mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, skala 1.2 Identifikasi respon nyeri non Verbal	Do: Pasien mengeluh nyeri anus sulit BAB dan berdarah saat BAB Do: P: EA. recti a: tertusuk-tusuk R: anus S: skala 5 T: hilang timbul (saat BAB)	#
		2.1 mengidentifikasi status nutrisi 2.2 mengidentifikasi makanan yang disukai 2.3 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	Do: Pasien mengatakan kurang nafsu makan - Pasien mengatakan tidak ada alergi - Pasien mengatakan suka semua makanan Do: - Pasien tampak lemas dan tidak bersemangat	#
	12.00	1.6 Memonitor tanda-tanda vital	Do: - Do: TD : 120/80 mmHg N : 98x/menit RR : 20x/menit T : 36,5°C	#
	12.30	2.4 memonitor asupan makanan	Do: Pasien mengatakan belum bisa makan banyak Do: - porsi makan yang diberikan tidak habis - pasien makan 1/4 makanan	#

12.45	1.3 Mumbatkan posisi nyaman	<p>DS: Pasien mengatakan nyaman dan posisi yang dibentkan</p> <p>DO: Pasien tampak relaks</p>
<p>Jumat, 25 October 2019 07.30</p>	<p>Visite keperawatan:</p>	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri berturang</p> <p>- BAB sedikit</p> <p>O: P: CA recti</p> <p>Q: Tertusuk</p> <p>R: anus</p> <p>S: Skala 3</p> <p>T: hilang timbul (Jat BAB)</p> <p>Tanda-tanda vital:</p> <p>TD: 110/80 mmHg RR: 20x/menit</p> <p>N: 80x/menit T: 36,5°C</p> <p>A: Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
08.00	1.4 Menjabarkan teknik distraksi	<p>DS: Pasien mengatakan paham apa yg diajarkan perawat</p> <p>DO: Pasien tampak memahami dan mempraktekkan teknik yang diajarkan</p>
	<p>2.4 memonitor asupan makanan</p> <p>2.5 memonitor BB</p> <p>2.6 mengobrolkan dan pasien pentingnya makanan</p>	<p>DS: Pasien mengatakan porsi makan habis 1/2</p> <p>Pasien mengatakan paham penting nya makanan</p> <p>DO: BB: 38 kg</p> <p>Pasien tampak kooperatif saat diajak berdiskusi ttg pentingnya makanan</p>
13.00	<p>1.2 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.3 Mumbatkan posisi nyaman</p> <p>1.6 Monitor tanda-tanda vital</p>	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri berturang dan dapat diatasi mandiri</p> <p>DO: Pasien tampak nyaman dan posisinya</p> <p>- Pasien tampak tenang</p> <p>- Tanda vital</p> <p>TD: 110/80 mmHg RR: 16x/menit</p> <p>N: 78x/menit T: 36,7°C</p>
<p>Sabtu, 26 October 2019 14.30</p>	<p>Visite keperawatan:</p>	<p>S: - Pasien mengatakan sudah dapat makan</p> <p>- Pasien mengatakan bedak makan sedikit tapi sering</p> <p>O: Pasien tampak lebih segar</p> <p>Kul: Baik</p> <p>akral hangat</p> <p>Mukosa tidak pucat</p> <p>R: Defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
18.00	<p>2.4 memonitor asupan makanan</p> <p>2.5 memonitor BB</p> <p>2.6 Diskusikan pentingnya makanan dan pasien</p>	<p>DS: Pasien mengatakan makan mulai membek</p> <p>- sudah mulai nyeri</p> <p>DO: KUL Baik</p> <p>BB: 38 kg</p> <p>Mukosa tidak pucat</p> <p>Porsi makan 3/4 habis</p>

# EVALUASI

NO	WAKTU	Catatan perkembangan (evaluasi)	Paraf
1.	24 Oktober 2019 14.00	<p><b>Dx I :</b></p> <p>S: - Pasien masih mengeluh nyeri anus saat BAB - BAB sedikit dan berdarah</p> <p>O: P: Ca Recti Q: tertusuk-tusuk R: anus S: skala 4 T: hilang timbul (saat BAB)</p> <p>Tanda-tanda vital : TD: 120/70 mmHg      RR: 20x/menit N: 88x/menit      T: 36,5°C</p> <p>A: Nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1.2, 1.3, 1.4, 1.6</p> <p><b>Dx II</b></p> <p>S: - Pasien mengatakan belum bisa makan banyak</p> <p>O: - porsi makan habis 1/4 dari yang diberikan - masih tampak lemas</p> <p>A: Defisit Nutrisi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 2.4, 2.5, 2.6</p>	
2.	25 Oktober 2019 14.00	<p><b>Dx I :</b></p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang dan dapat teratasi mandiri</p> <p>O: - P.ca recti      R: anus      T: hilang timbul Q: tertusuk-tusuk      S: skala 2</p> <p>Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg      RR: 20x/menit N: 78x/menit      T: 36,7°C</p> <p>- Pasien tampak tenang - Pasien tampak nyaman dengan postur membungkuk</p> <p>A: Nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi</p> <p><b>Dx II</b></p> <p>S: pasien mengatakan sudah bisa makan</p> <p>O: Porsi makan habis 1/2 dari yang diberikan      BB: 38 kg Tampak lebih segar</p> <p>A: Defisit nutrisi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 2.4, 2.5, 2.6</p>	
	Sabtu, 26 Oktober 2019 14.00	<p>S: - Pasien mengatakan nafsu makan mulai kembali - Pasien mengatakan sudah mulai sering buang</p> <p>O: Bu Baik Mucosa tidak pucat BB: 38 kg Tampak lebih segar Toleransi diagra berdiskusi ttg pentingnya makanan</p> <p>A: Defisit Nutrisi P: Hentikan intervensi</p>	

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR**



Direktorat Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Ilir  
 Jurusan Keperawatan, Jurusan Kebidanan, Jurusan Analis Kesehatan  
 Jalan Wolter Monginsidi No. 38 Samarinda - Kalimantan Timur, Kode Pos 75123, Telepon (0541) 738153, 768522 Fax (0541) 768523  
 Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan, Jalan Sorong No. 9 RT 081 Gunung Pipa Balikpapan Utara Telepon (0542) 424704  
 Fax (0542) 415551 Surat Elektronik poltekkes\_smd2007@yahoo.co.id Laman http://poltekkes-kalim.ac.id

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**  
**PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Tanggal MRS : 27 oktober 2019  
 Tanggal Pengkajian : 28 oktober 2019  
 Jam Pengkajian :  
 Jam Masuk :  
 No. RM : 689892  
 Diagnosa Masuk : Ca. recty

**IDENTITAS**

1. Nama Pasien : Tn. R  
 2. Tanggal lahir : 11 Desember 1972  
 3. Suku Bangsa : Bugis  
 4. Agama : Islam  
 5. Pendidikan : SLTA  
 6. Pekerjaan : Swasta  
 7. Alamat :  
 Penanggung jawab biaya : BPJS  
 Nama :  
 Alamat :

**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

- Keluhan Utama : Nyeri di anus
- Keluhan Penyakit Sekarang : Pasien mengatakan masuk Rumah sakit untuk menjalani kemo II pada tanggal 26 oktober 2019. Pasien mengatakan mengeluh nyeri hilang timbul pada area anus, pasien mengeluh konstipasi, feses padat, pasien mengatakan sering buang air kecil ± 4 kali/jam.

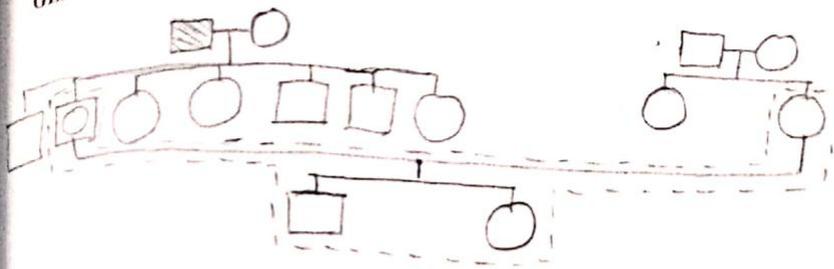
**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

- Pernah dirawat  ya  tidak kapan: 6 oct 2019 diagnosa: Ca recty
- Riwayat penyakit kronik dan menular  ya  tidak jenis: -  
 Riwayat kontrol :  
 Riwayat penggunaan obat :
- Riwayat alergi  ya  tidak jenis: Ayam
- Riwayat operasi  ya  tidak kapan: bulan september 2019
- Lain-lain :

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

ya  tidak jenis: .....

**GENOGRAM**



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

**PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN**

Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan

- Alkohol                      ya       Tidak
- Keterangan .....
- Merokok                      ya       Tidak
- Keterangan .....
- Obat                              ya       Tidak
- Keterangan .....
- Olahraga                      ya       Tidak
- Keterangan .....

**OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**

- Keadaan Umum : sedang  
 Posisi pasien : supinas  
 Alat medis/ invasif yang terpasang : VPD (-)  
 Tanda klinis yang mencolok : ( ) sianosis ( ) perdarahan

- Sakit ringan       Sakit sedang       Sakit berat

**2. Kesadaran:**

- Kualitatif :
- Compos Mentis       Apatis       Somnolen       Sopor       Koma

Kuantitatif : GCS : E.4.M.6.V.5.

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale)

Parameter yang dinilai	Nilai/Skor
<b>1. Membuka Mata/Eye (E)</b> • Klien dapat membuka mata spontan • Klien dapat membuka mata dengan perintah • Klien dapat membuka mata dengan rangsang nyeri • Klien tidak berespon	3 2 1 0
<b>2. Respon Motorik (M)</b> • Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi • Klien hanya mampu melokalisasi nyeri • Klien hanya mampu menhindar sumber nyeri • Adanya gerakan fleksi abnormal (dekortikasi) • Adanya gerakan ekstensi abnormal (deserebrasi) • Klien tidak berespon	6 5 4 3 2 1 0
<b>3. Respon Verbal (V)</b> • Klien mampu meniyawab dengan benar, orientasi sempurna • Klien mengalami disorientasi bingung • Kata-kata tidak dapat dimengerti/tidak bermakna • Suara tidak jelas/hanya menggerang • Klien tidak berespon	5 4 3 2 1 0

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

**3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital**

S : 36.7      N : 88      TD : 115/83      RR : 20

Tekanan sistolik + (2 x tekanan diastolik) = ..... mmHg

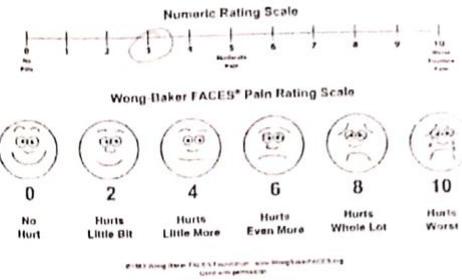
MAP : 3

4. Kenyamanan/nyeri

Nyeri

ya  Tidak

P : Provokatif dan palliatif: *Ca Recty*  
 Q : Quality dan Quantitas: *tertusuk-tusuk*  
 R : Regio : *anus*  
 S : Severity: *Skala 3*  
 T : Time : *hilang timbul*



Masalah Keperawatan : *Nyeri akut*

5. Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	2
		1	Kadang-kadang tak terkendali	
		2	Mandiri	
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter	2
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x 24 jam)	
		2	Mandiri	
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	1
		1	Mandiri	
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	2
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	3
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	3
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	2
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	2
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	1
		1	Mandiri	
Total skor				20

Kategori tingkat ketergantungan pasien: *Mandiri*

Keterangan:

20 = Mandiri

12 - 19 = Ketergantungan ringan

9 - 11 = Ketergantungan sedang

5 - 8 = Ketergantungan berat

0 - 4 = Ketergantungan total

Masalah Keperawatan : *tidak ada masalah keperawatan.*

6. Pemeriksaan Kepala

Finger print di tengah frontal :  Terhidrasi ( ) Dehidrasi  
 Kulit kepala  Bersih ( ) Luka

Rambut :

Penyebaran : merata  
 Warna : hitam  
 Mudah patah : mudah patah  
 Bercabang :  
 Cerah / kusam : kusam  
 Kelainan : tidak ada kelainan

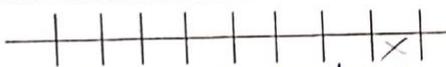
Mata:

Sklera :  Putih ( ) Ikterik  
 Konjungtiva :  Merah muda ( ) Anemia  
 Palpebra :  Tidak ada edema ( ) Edema  
 Kornea :  Jernih ( ) Keruh  
 Reflek cahaya :  + ( ) -  
 TIO :  
 Pupil :  Isokor ( ) anisokor ( ) diameter  
 Visus : tidak ada kelainan OS ..... OD  
 Kelainan : tidak ada kelainan

Hidung :

Pernafasan Cuping hidung: ( ) Ada  Tidak ada  
 Posisi septum nasi:  Ditengah ( ) Deviasi  
 Lubang hidung: lengkap  
 Ketajaman penciuman: (+)  
 Kelainan :

Rongga Mulut :

Bibir : Warna kerang  
 Gigi geligi : 

Lidah : Warna merah muda tampak bersih  
 Mukosa:  Lembab ( ) Kering ( ) Stomatitis  
 Tonsil: Ukuran 2  
 Uvula: Letak  Simetris Ditengah ( ) Deviasi

Telinga:

Daun/pina telinga : Simetris kiri & kanan  
 Kanalis telinga : tidak ada serumen  
 Membran Timpani : Cahaya politser  
 Ketajaman pendengaran : pasien dapat mendengar suara detakan jari  
 Tes weber : 256 Hz  
 Tes Rinne : 512 Hz  
 Tes Swabach : 512 Hz  
 Telinga kiri ..... telinga kanan .....

Kesimpulan

Masalah Keperawatan : .....

7. Pemeriksaan Leher

Kelenjar getah bening: ( ) Teraba  Tidak teraba  
 Tiroid : ( ) Teraba  Tidak teraba  
 Posisi trakea :  Letak di tengah ( ) Deviasi ke arah .....  
 JVP : 4 cmH<sub>2</sub>O  
 Masalah Keperawatan :

8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan

a. Keluhan:  Sesak  nyeri waktu bernafas  
 Produktif  Tidak produktif  
 Batuk : tidak ada Konsistensi :  
 Sekret: ..... Bau :  
 Warna: .....

- b. Inspeksi
- Bentuk dada  simetris  asimetris  barrel chest  
 Funnel chest  Pigeons chest
- Frekuensi: .....  
 Irama nafas :  teratur  tidak teratur
- Pola pernafasan :  Dispnoe  Kusmaul  Cheyne Stokes  
 Bradipnae  Takipnea  Hyperventilasi
- Pernafasan cuping hidung :  Ada  Tidak  
 Otot bantu pernafasan :  Ada  Tidak  
 Usaha nafas :  Posisi duduk  menunduk  
 Alat bantu nafas:  Ya  Tidak
- Jenis ..... Flow ..... lpm

- c. Palpasi
- Vocal premitus : anterior dada *getaran sama kanan/kiri* Posterior dada *getaran sama kanan/kiri*  
 Ekspansi paru : anterior dada *simetris kanan/kiri* Posterior dada *simetris kanan/kiri*  
 Kelainan  
 Krepitasi  Deviasi trakea  Trakeostomy

- d. Perkusi :  Sonor  Redup  Pekak  Hipersonor/timpani
- Batas Paru Hepar : .....

- e. Auskultasi:
- Suara Nafas :  Vesikuler  Bronko vesikuler  Rales  
 Ronki  Wheezing  Suara nafas tambahan
- lainnya: .....  
 Suara Ucapan: *fas* .....

- f. Penggunaan WSD :
1. Jenis : .....  
 2. Jumlah Cairan : .....  
 3. Undulasi : .....  
 4. Tekanan : .....

Masalah Keperawatan : .....

9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler

- a. Keluhan: Nyeri dada  Ada  Tidak
- P : .....  
 Q : .....  
 R : .....  
 S : .....  
 T : .....
- b. Inspeksi : .....  
 CRT : .....detik  
 Sianosis : .....  
 Ujung jari:  Jari tabuh
- c. Palpasi : ictus cordis .....  
 Akral () hangat ( ) panas ( ) dingin ( ) Kering ( )  
 basah
- d. Perkusi:  
 Batas Atas : .....  
 Batas Bawah : ..... Batas Kiri : .....  
 Batas Kanan : .....

- e. Auskultasi :  
 BJ II – Aorta : .....  
 BJ II – Pulmunal : .....  
 BJ I – Trikuspidalis : .....  
 BJ I – Mitral : .....  
 Bunyi jantung tambahan : (-)  
 Kelainan : tidak ada kelainan
- f. CVP : .....  
 g. CTR : .....  
 h. ECG & Interpretasinya : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Lain-lain : .....  
 Masalah Keperawatan : .....

10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB : 60 TB : 1 <sup>BB</sup> IMT :  $\frac{\text{BB}}{(\text{TB m})^2} = \dots \text{kg m}^2$  Kategori : .....

Parameter	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	0
1 – 5 kg	1
6 – 10 kg	2
11 – 15 kg	3
> 15 kg	4
Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan	
a. Ya	1
b. Tidak	0
<b>Total Skor</b>	

Keterangan: Bila skor  $\geq 2$  dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor  $\leq 2$ , skrining ulang 7 hari.

BAB : 1 x hari terakhir tanggal : .....  
 Konsistensi :  keras  lunak  cair  lendir/darah  
 Diet :  padat  lunak  cair  
 Jenis diet : .....  
 Nafsu makan :  baik  menurun frekuensi : 3 x/hari  
 Porsi makan :  habis  tidak Keterangan lainnya: makanan jarang dihabiskan

**Abdomen**

Inspeksi :  
 Bentuk : .....  
 Bayangan vena : .....  
 Benjolan / massa : .....

Luka operasi :  ada  tidak Tanggal operasi : .....  
 Jenis operasi : ..... Lokasi : .....  
 Keadaan : Drain  baik  tidak Warna : .....  
 Jumlah : .....  
 Kondisi area sekitar insersi : .....

Auskultasi : Peristaltik : .....x/menit  
 Palpasi :  tegang  kembung  ascites  
 Nyeri tekan :  ya  tidak  
 Massa : ..... Titik Mc Burney: .....  
 Hepar : .....  
 Ginjal : .....

Perkusi:  
 Pemeriksaan ascites: undulasi: ..... Sifting Dullnes: .....  
 Ginjal : nyeri ketuk  ada  tidak  
 Masalah Keperawatan : .....

11. Sistem Persyarafan

a. Memori :  Panjang  Pendek  
 b. Perhatian :  Dapat mengulang  Tidak dapat mengulang  
 c. Bahasa :  Baik  Tidak (ket: .....)  
 d. Kognisi :  Baik  Tidak  
 e. Orientasi :  Orang  Tempat  Waktu  
 f. Saraf sensori :  Nyeri tusuk  Suhu  Sentuhan  
 Lainnya : .....

g. Saraf koordinasi (cerebral) :  Ya  Tidak  
 Tingkat kekuatan refleksi:  
 h. Refleksi Fisiologis Patella 0 1 2 3 4 0= tidak ada refleksi  
 Achilles 0 1 2 3 4 1= hipoaktif  
 Bisep 0 1 2 3 4 2= normal  
 Trisep 0 1 2 3 4 3= hiperaktif  
 Brakioradialis 0 1 2 3 4 4= hiperaktif dg klonus terus menerus

i. Refleksi patologis:  babinsky  brudzinsky  kernig  
 j. Keluhan pusing :  Ya  Tidak

k. Istirahat tidur: .....jam/hari Gangguan tidur: .....

l. Pemeriksaan saraf kranial  
 N1 :  Normal  Tidak Ket: *Pencernaan baik*  
 N2 :  Normal  Tidak Ket: *Penglihatan baik*  
 N3 :  Normal  Tidak Ket: *mampu menggerakkan bola mata*  
 N4 :  Normal  Tidak Ket: *mampu menggerakkan otot bola mata*  
 N5 :  Normal  Tidak Ket: *Dapat menjumpas*  
 N6 :  Normal  Tidak Ket: *mampu menggerakkan bola mata*  
 N7 :  Normal  Tidak Ket: *mampu menggecap*  
 N8 :  Normal  Tidak Ket: *pendengaran baik*  
 N9 :  Normal  Tidak Ket: *mampu menelan*  
 N10 :  Normal  Tidak Ket: *mampu menahan dan menerima rangsangan*  
 N11 :  Normal  Tidak Ket: *mampu menggerakkan kepala*  
 N12 :  Normal  Tidak Ket: *mampu menggerakkan lidah*  
 Masalah Keperawatan : *tidak ada masalah keperawatan*

12. Sistem Perkemihan

a. Kebersihan :  Bersih  Kotor  
 b. Keluhan kencing:  Nokturi  Inkontinensia  
 Gross hematuri  Poliuria  
 Disuria  Oliguria  
 Retensi  Hesistensi  
 Anuria  
 c. Kemampuan berkemih  Spontan  Alat bantu, sebutkan: .....  
 Jenis : .....  
 Ukuran : .....  
 Hari ke : .....



k. Edema ekstremitas: .....

l. Pitting edema : +/- grade : .....

Ekstremitas atas:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 Penilaian Edema:  
 RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +1 : kedalaman 1 - 3 mm, waktu kembali 3 detik

Ekstremitas bawah: +2 : kedalaman 3 - 5 mm, waktu kembali 5 detik

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 +3 : kedalaman 5 - 7 mm, waktu kembali 7 detik

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +4 : kedalaman > 7 mm, waktu kembali 7 detik

Orther: .....

m. Ekskoriasis :  ya  tidak

n. Psoriasis :  ya  tidak

o. Urtikaria :  ya  tidak

p. Lain-lain: .....

Penilaian risiko decubitus:

Aspek yang dinilai	KRITERIA YANG DINILAI				NILAI
	1	2	3	4	
Persepsi Sensori	Terbatas Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Gangguan	4
Kelembaban	Terus Menerus Basah	Sangat Lembab	Kadang-kadang Basah	Jarang Basah	4
Aktivitas	Bedfast	Chairfast	Kadang-kadang Jalan	Lebih Sering Jalan	4
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	4
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		
Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus ( <i>Pressure ulcers</i> ) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)				<b>TOTAL NILAI</b>	

Kategori pasien : .....

Masalah Keperawatan : .....

14. Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tyroid:  ya  tidak

Pembesaran kelenjar getah bening:  ya  tidak

Pankreas:  ya  tidak

Hipoglikemia:  ya  tidak

Hiperglikemia:  ya  tidak

Kondisi kaki DM:  ya  tidak

- Luka ganggren

- Jenis luka : .....

- Lama luka : .....

- Warna : .....

- Luas luka : .....

- Kedalaman : .....

- Kulit Kaki : .....

- Kuku Kaki : .....

- Telapak Kaki : .....

- Jari Kaki : .....

- Infeksi :  ya  tidak

- Riwayat luka sebelumnya :  ya  tidak

Tahun : .....

Jenis luka : .....

Lokasi : .....

Nilai GDA: .....

Nilai GDA: .....

Riwayat amputasi sebelumnya :  ya  tidak

Jika Ya  
 Tahun : .....  
 Lokasi : .....  
 Lain-lain : .....  
 Masalah Keperawatan : .....

15. Seksualitas dan Reproduksi

a. Payudara : benjolan : ada/tidak  
 Kehamilan : ya/tidak  
 HPHT  
 b. Genitalia :  
 Wanita : flour albus : ya/tidak  
 Prolaps uteri : ada/tidak  
 Pria : masalah prostat/kelainan: ada/tidak

Masalah Keperawatan : .....

16. Keamanan Lingkungan

Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

Faktor Risiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya	0	25
	Tidak		0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya	0	15
	Tidak		0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar	0	30
	Kruk, tongkat, walker		15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat		0
	Ya		20
Kemampuan berjalan	Tidak	20	0
	Gangguan (pincang/diseret)		20
Status mental	Lemah	.	10
	Normal/bedrest/imobilisasi	0	0
	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri		0
<b>Total skor</b>			

Kesimpulan : Kategori pasien : rendah

Risiko =  $\geq 45$

Sedang = 25 - 44

Rendah = 0 - 24

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

a. Persepsi klien terhadap penyakitnya  
 Cobaan Tuhan  Hukuman  Lainnya  
 b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya  
 Murung/diam  Gelisah  Tegang   
 Marah/menangis  Kooperatif  Tidak kooperatif  Curiga  
 ya  Tidak  
 c. Reaksi saat interaksi  
 d. Gangguan Konsep Diri  
 Masalah Keperawatan : .....

PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN

a. Mandi : ..... x/hari f. Ganti pakaian : ..... x/hari  
 b. Keramas : ..... x/hari g. Sikat Gigi : ..... x/hari  
 c. Memotong kuku : .....  
 d. Merokok :  ya  Tidak  
 ya  Tidak  
 e. Alkohol : tidak ada masalah  
 Masalah Keperawatan : .....

**PENGAJIAN SPIRITUAL**

**Kebiasaan beribadah**

a. Sebelum sakit:

Sering

Kadang-kadang

Tidak pernah

b. Selama sakit:

Sering

Kadang-kadang

Tidak pernah

**PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
25-10-2019	DL	Hb = 13,7 g/dL leukosit : 7,19 eritrosit : 4,80 Glukosa sewaktu : 101 mg/dL Tmcount : 232

**OBAT YANG DITERIMA**

Nama Obat	Dosis	Nama Obat	Dosis
1. Dexamethasone	5 mg (iv)	6. Compto 7 05%	Compto 250 mg 05% 250 cc (2jam)
2. Ondansetron	8 mg (iv)	7. Leucopurin	650 mg dlm 05% 250 cc
3. Omeprazole		8. SFU bolus	650 mg dlm NS 100 cc
4. Antropin	1 amp (iv)	9.	
5. NaCl		10.	

Balikpapan, .....2019

Perawat.

## DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal Teratasi
Dx1	Nyeri Akut b.d Aqen Pencedera Fisologis	28 Oktober 2019	
Dx3	Nausea	28 Oktober 2019	
Dx2	Konstipasi	28 Oktober 2019	

# DATA FOKUS

## 1. DATA SUBJEKTIF:

- Pasien mengatakan nyeri di area anus
- Pasien mengatakan BAB keras
- Pasien mengatakan BAK seting
- Pasien mengatakan nafsu makan menurun
- Pasien mengatakan seting merasa mual
- Pasien mengatakan merasa asam dimulut

nyeri ▶

P : Ca Recty

G : toilet - toilet

R : anus

S : skala 3

T : hilang timbul

## 2. DATA OBJEKTIF:

- Pasien tampak lemas
- Pasien tampak sulit tidur dgn nyaman
- Bibir pasien tampak kering
- wajah terlihat pucat

+TV :

TD : 113/83 P : 20 x/mnt

N : 88 x/mnt T : 36,7 °C

Tanggal, .....

Perawat,

.....

# ANALISA DATA

Nama Pasien : Tr. R

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur : 47 tahun

Ruangan : Kemoterapy

No.	Data (DO & DS)	Masalah	Penyebab
Dx 1.	<p>▶ Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di area anus</li> <li>P : Ca Recty</li> <li>Q : tertusuk - tusuk</li> <li>R : Anus</li> <li>S : skala 3</li> <li>T : hilang timbul</li> </ul> <p>▶ Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sulit tdr dgn nyaman</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD : 113/83      R : 20 x/mnt  N : 88 x/mnt      T : 36,7°C</p>	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis
Dx 3	<p>▶ DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual atau mersa ingin muntah</li> <li>- pasien mengatakan nafsu makan menurun</li> <li>- pasien mengatakan terasa asam dimulut.</li> </ul> <p>▶ Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemas</li> <li>- Bibir pasien tampak kering</li> <li>- wajah pasien tampak pucat</li> </ul>	Nausea	

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Tn. R  
No. Reg :

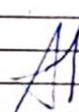
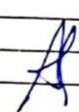
Ruang : Kemoterapy  
Tanggal : 28 Oktober 2019

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Dx. 1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri dapat berkurang atau teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien melaporkan nyeri berkurang skala ↓</li> <li>2. Pasien tampak tenang dan nyaman</li> <li>3. TTV dlm batas normal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri</li> <li>1.2 Klasifikasi respon non verbal</li> <li>1.3 Berikan posisi nyaman</li> <li>1.4 Ajarkan teknik distraksi</li> <li>1.5 Kolaborasi pemberian Analgetik jika perlu</li> <li>1.6 monitor tanda-tanda vital.</li> </ol>
Dx. 3	Nausea	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan rasa mual atau muntah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat mengendalikan mual dan muntahnya.</li> <li>2. Pasien dapat menghindari penyebab mual dan muntah.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor yang menyebabkan pasien mual.</li> <li>3.2 evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien</li> <li>3.3 Anjurkan makan sedikit tapi sering dan dlm keadaan hangat</li> <li>3.4 Anjurkan pasien mengurangi jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual.</li> <li>3.5 kolaborasi pemberian antiemetik : ondansentron</li> </ol>
Dx. 3	Konstipasi b.d Kebutuhan cairan asupan cairan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan defekasi teratur dan feses lunak. dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Defekasi dapat dilakukan sehari</li> <li>b. konsistensi: feses lembut</li> <li>c. eliminasi feses tanpa perlu mengejan berlebihan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Tentukan pola defekasi bagi klien dan latih klien untuk melakukannya.</li> <li>2.2 Atur waktu yang tepat untuk defekasi klien seperti sesudah makan.</li> <li>2.3 Berikan asupan nutrisi beresat sesuai dgn indikasi</li> <li>2.4. Berikan cara jika ada kontraindikasi 2-3 ltr per hari.</li> <li>2.5 Pemberian laksatif atau enema sesuai indikasi</li> </ol>

nama : Tn. R  
 umur : 47 tahun

PELAKSANAAN TINDAKAN

Jenis kelamin : Laki-laki  
 Ruang : Kemoterapy

No	hari/tgl/jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi	Paraf
Px 1	Selasa, 29-10-2019 09.00	<p>Mencuci tangan</p> <p>1.1 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri</p> <p>1.2 mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>1.3 memberikan posisi nyaman</p> <p>1.4 menerapkan teknik Distraksi</p> <p>3.1 melakukan pengalihan perhatian rasa mulut termasuk frekuensi, durasi, tingkat rasa, dan faktor penyebab Pasien mulut</p>	<p>Ds: - Pasien mengatakan nyeri pada anus.</p> <p>- nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>- nyeri hilang timbul</p> <p>- Pasien mengatakan mulut ..</p> <p>- Pasien mengatakan mulut terasa asam</p> <p>Do: - Pasien tampak lemas</p> <p>- Pasien merasa tidak cukup nyaman</p> <p>- Bibir tampak kering</p> <p>- Wajah tampak pucat</p>	
	10.30	<p>2.2 Evaluasi efek mulut terhadap nafsu makan</p> <p>2.3 menganjurkan makan sedikit tapi sering dan dim. keada. hangat.</p> <p>2.5 Kolaborasi: Pemberian antihemetik: Ondansetron</p> <p>2.1 Mencantumkan pola defekasi bagi klien dan latih klien untuk mengalaminya.</p>	<p>Ds: - Pasien mengatakan mulut dan tidak nafsu makan</p> <p>- Pasien makan sedikit</p> <p>Do: - Pasien masih lemas</p> <p>- Setelah di injeksi Ondansetron mulut berkurang</p>	
	13.30	<p>1.6 monitor tanda-tanda vital</p> <p>3.2 evaluasi efek mulut terhadap nafsu</p> <p>2.3 Pemberian cukup nutrisi berserat sesuai dgn indikasi</p> <p>2.4 Memberikan Cairan jika ada kontraksi 2-3 liter per hari</p>	<p>Ds: - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>- Pasien mulut berkurang</p> <p>- Pasien mengatakan makanan seperti sebelum</p> <p>- Pasien minum air cukup</p> <p>Do: -</p> <p>- Pasien masih lemas</p> <p>- Bibir kering</p> <p>- TTVU:        TD: 120/80 R: 20        N: 84 T: 36,6°C</p>	

# PELAKSANAAN TINDAKAN

Nama Pasien : Th. R  
 Umur : 47 tahun

Jenis Kelamin : Laki - Laki  
 Riwayat : Kardiologi

No	hari/tgl/jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	Roux, 30-10-2019	Mencuci tangan	Ds : - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - nyeri di area anus. Super toilet - kumam. - Pasien mengatakan mual terkadang - tidak nafsu makan. - Pasien mengatakan makan makanan berserat	
	15.30	1.3 memberikan posisi nyaman 2.1 melakukan pengkajian rasa mual, frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor pnyakit 3.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan 3.3 Memberikan cukup makan berserat Serat (helena)		
2.	14.00	3.5 Kolaborasi Pemberian Ondansetron	Ds : - Pasien melaporkan mual berkurang - Pasien mengatakan cukup minum air Do : - Pasien sdh gmn mual - Pasien bibir lembas - Defekasi mual tidak keras.	
		2.4 Memberikan Cairan 1 liter 1 kontraindikasi 2-3 liter perhari		
2000		Mencuci tangan	Ds : - Pasien mengatakan mual sdh berkurang - defekasi mual lancar Do, TTV : TD : 120/80 R : 20 N : 88 T : 36,7 - Pasien tampak lebih baik - nyeri berkurang - makan pasien lebih	
		1.4 monitor tanda-tanda vital		
		3.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien 2.2 Mengajar pasien yg tepat untuk defekasi lebih sering sesuai		

# PELAKSANAAN TINDAKAN

Nama pasien : Tn. R  
 Umur : 47 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki  
 Ruangan : Kemoterapy.

No	Hari / tgl / jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf.
1.	Kamis, 31 - 10 2019 15.30	Mencuci tangan		
		1.1 Identifikasi lokasi: karotis Arteri, fleksi, kurva nyeri skala nyeri	DS: - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan mual sdh tidak ada	
		1.6. Monitor tanda- tanda vital	- Konastensi fekes sdh normal	
		3.2 evaluasi get mual terhadap nyeri makan	- Fekes sdh lunak tdk keras	
		3.1 Menentukan pola defekasi: bag. klem dan labih klem untuk mengstimulas.	DO: - Pasien tampak segar - Bibir tampak lembab - Pasien mengul- dan ajaran defekasi setelah makan - TV: TD: 125/80 R: 20 N: 88 T: 36,7	

EVALUASI

Nama : Tn. R  
 No. Reg :

Ruang : Kemoterapi  
 Tanggal :

No.	Waktu (Tgl/ Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD
Dx 1	31-10-2019	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang                      - Nyeri hilang timbul                      P : Ca Recty                      A : tertusuk-tusuk                      R : anus                      S : skala 2                      T : hilang timbul</p> <p>O : - Pasien tampak lebih segar                      - Toleransi pasien lebih nyaman                      - Bitis pasien bebas</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 1.2, 1.3</p>	A
Dx 2	31-10-2019	<p>S : - Pasien mengatakan mual berkurang                      - Pasien mengatakan menghindari makanan penyebab mual                      - Pasien makan habis</p> <p>O : - Pasien tampak menghabiskan makanannya                      - Pasien tampak lebih segar                      - Mual sdh jarang                      - Pasien tampak minum cukup air</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p>	A
Dx 3	31-10-2019	<p>S : - Pasien mengatakan konsistensi BAB sdh baik                      - Pasien mengatakan feses lunak                      - nafsu makan sdh baik</p> <p>O : - Pasien tampak lebih baik                      - Pasien tdk mengeluh BAB keras lagi                      - Pasien menghabiskan makanannya</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p>	A



.....  
 .....  
 .....  
**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

ya                       tidak              jenis: .....

**GENOGRAM**

**PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN**

**Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan**

- Alkohol                      ya               Tidak   
 Keterangan .....
- Merokok                      ya               Tidak   
 Keterangan .....
- Obat                      ya               Tidak   
 Keterangan .....
- Olahraga                      ya               Tidak   
 Keterangan .....

**OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**

**1. Keadaan Umum :**

Posisi pasien : .....

Alat medis/ invasif yang terpasang : .....

Tanda klinis yang mencolok : (    ) sianosis    (    ) perdarahan

- Sakit ringan               Sakit sedang               Sakit berat

**2. Kesadaran:**

Kualitatif :  
 Compos Mentis     Apatis               Somnolen               Sopor               Koma

Kuantitatif : GCS : E....M.....V.....

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale)

Parameter yang dinilai	Nilai/Skor
<b>1. Membuka Mata/Eye (E)</b>	
• <u>Klien dapat membuka mata spontan</u>	4
• <u>Klien dapat membuka mata dengan perintah</u>	3
• <u>Klien dapat membuka mata dengan rangsang nyeri</u>	2
• <u>Klien tidak berespon</u>	1
<b>2. Respon Motorik (M)</b>	
• <u>Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi</u>	6
• <u>Klien hanya mampu melokalisir nyeri</u>	5
• <u>Klien hanya mampu menghindari sumber nyeri</u>	4
• <u>Adanya gerakan fleksi abnormal (dekortikasi)</u>	3
• <u>Adanya gerakan ekstensi abnormal (decerebrasi)</u>	2
• <u>Klien tidak berespon</u>	1
<b>3. Respon Verbal (V)</b>	
• <u>Klien mampu menjawab dengan benar, orientasi sempurna</u>	5
• <u>Klien mengalami disorientasi, bingung</u>	4
• <u>Kata-kata tidak dapat dimengerti/tidak bermakna</u>	3
• <u>Suara tidak jelas/hanya mengerang</u>	2
• <u>Klien tidak berespon</u>	1

Masalah Keperawatan : .....

**3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital**

S : ..... N : ..... TD : ..... RR : .....

*Tekanan sistolik + (2 x tekanan diastolik)*

MAP :  $\frac{\quad}{3}$  = ..... mmHg

**4. Kenyamanan/nyeri**

Nyeri ya  Tidak

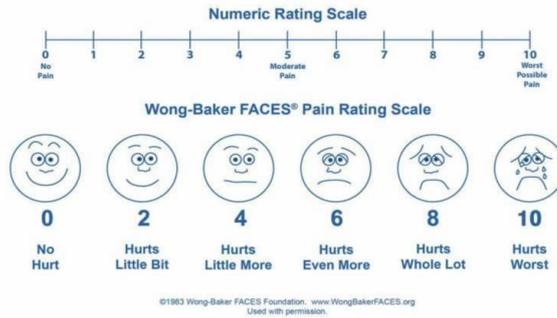
P : Provokatif dan palliatif:

Q : Quality dan Quantitas:

R : Regio :

S : Severity:

T : Time :



Masalah Keperawatan : .....

**5. Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks**

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	
		1	Kadang-kadang tak terkendali	
		2	Mandiri	
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter	
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x 24 jam)	
		2	Mandiri	
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	
		1	Mandiri	
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	

8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	
		1	Mandiri	
<b>Total skor</b>				

**Kategori tingkat ketergantungan pasien: .....**

**Keterangan:**

20 = Mandiri

12 – 19 = Ketergantungan ringan

9 – 11 = Ketergantungan sedang

5 – 8 = Ketergantungan berat

0 – 4 = Ketergantungan total

Masalah Keperawatan : .....

**6. Pemeriksaan Kepala**

Finger print di tengah frontal : ( ) Terhidrasi ( ) Dehidrasi

Kulit kepala ( ) Bersih ( ) Luka

**Rambut :**

Penyebaran : .....

Warna : .....

Mudah patah : .....

Bercabang : .....

Cerah / kusam : .....

Kelainan : .....

**Mata:**

Sklera : ( ) Putih ( ) Ikterik

Konjungtiva : ( ) Merah muda ( ) Anemia

Palpebra : ( ) Tidak ada edema ( ) Edema

Kornea : ( ) Jernih ( ) Keruh

Reflek cahaya : ( ) + ( ) -

TIO :

Pupil : ( ) Isokor ( ) anisokor ( ) diameter

Visus : ..... OS .....OD

Kelainan: .....

**Hidung :**

Pernafasan Cuping hidung: ( ) Ada ( ) Tidak ada

Posisi septum nasi: ( ) Ditengah ( ) Deviasi

Lubang hidung: .....

Ketajaman penciuman: .....

Kelainan: .....

**Rongga Mulut :**

Bibir : Warna .....

Gigi geligi : 

Lidah : Warna .....  
 Mukosa: ( ) Lembab ( ) Kering ( ) Stomatitis  
 Tonsil: Ukuran .....  
 Uvula: Letak ( ) Simetris Ditengah ( ) Deviasi

**Telinga:**

Daun/pina telinga : .....  
 Kanalis telinga : .....  
*Membran Timpani Cahaya politser*  
 Ketajaman pendengaran : .....  
 Tes weber : 256 Hz  
 Tes Rinne : 512 Hz  
 Tes Swabach : 512 Hz  
 Telinga kiri ..... telinga kanan .....

Kesimpulan

Masalah Keperawatan : .....  
 .....

**7. Pemeriksaan Leher**

Kelenjar getah bening : ( ) Teraba ( ) Tidak teraba  
 Tiroid : ( ) Teraba ( ) Tidak teraba  
 Posisi trakea : ( ) Letak di tengah ( ) Deviasi ke arah .....  
 JVP : .....cmH<sub>2</sub>O  
 Masalah Keperawatan :  
 .....  
 .....

**8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan**

a. Keluhan:  Sesak  nyeri waktu bernafas  
 Batuk  Produktif  Tidak produktif  
 Sekret: ..... Konsistensi : .....  
 Warna: ..... Bau : .....

b. Inspeksi  
 Bentuk dada  simetris  asimetris  barrel chest  
 Funnel chest  Pigeons chest  
 Frekuensi: .....  
 Irama nafas :  teratur  tidak teratur  
 Pola pernafasan :  Dispnoe  Kusmaul  Cheyne Stokes  
 Bradipnae  Takipnea  Hyperventilasi  
 Pernafasan cuping hidung :  Ada  Tidak  
 Otot bantu pernafasan :  Ada  Tidak  
 Usaha nafas :  Posisi duduk  menunduk  
 Alat bantu nafas:  Ya  Tidak  
 Jenis ..... Flow .....lpm

c. Palpasi  
 Vocal premitus : anterior dada ..... Posterior dada .....  
 Ekspansi paru : anterior dada ..... Posterior dada .....  
 Kelainan  
*Krepitasi*  *Deviasi trakea*  *Trakeostomy*

d. Perkusi :  Sonor  Redup  Pekak  Hipersonor/timpani  
 Batas Paru Hepar : .....

e. Auskultasi:  
 Suara Nafas :  Vesikuler  Bronko vesikuler  Rales  
 Ronki  Wheezing  Suara nafas tambahan lainnya: .....  
 Suara Ucapan: .....

f. Penggunaan WSD :  
 1. Jenis :  
 .....  
 2. Jumlah Cairan :  
 .....  
 3. Undulasi :  
 .....  
 4. Tekanan :  
 .....  
 .....

Masalah Keperawatan :  
 .....  
 .....

**9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler**

a. Keluhan: Nyeri dada  Ada  Tidak  
 P : .....  
 Q : .....  
 R : .....  
 S : .....  
 T : .....

b. Inspeksi :  
 .....  
 CRT : .....detik  
 Sianosis : .....  
 Ujung jari:  Jari tabuh

c. Palpasi : ictus cordis .....  
 Akral ( ) hangat ( ) panas ( ) dingin ( ) Kering ( ) basah

d. Perkusi:  
 Batas Atas : .....  
 Batas Bawah : .....  
 Batas Kanan : ..... Batas Kiri : .....

e. Auskultasi :  
 BJ II – Aorta : .....  
 BJ II – Pulmunal : .....  
 BJ I – Trikuspidalis : .....  
 BJ I – Mitral : .....

Bunyi jantung tambahan : .....  
 Kelainan : .....  
 f. CVP : .....

g. CTR : .....

h. ECG & Interpretasinya :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Lain-lain :

.....  
.....

Masalah Keperawatan :

.....  
.....

### 10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB

BB : ..... TB : ..... IMT : ----- = ..... kg m<sup>2</sup> Kategori : .....  
(TB m)<sup>2</sup>

<i>Parameter</i>	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	2
1 – 5 kg	1
6 – 10 kg	2
11 – 15 kg	3
> 15 kg	4
Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan	
a. Ya	1
b. Tidak	0
<i>Total Skor</i>	

Keterangan: Bila skor  $\geq 2$  dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor  $\leq 2$ , skrining ulang 7 hari.

BAB : .....x hari terakhir tanggal : .....

Konsistensi :  keras  lunak  cair  lendir/darah

Diet : padat  lunak  cair

Jenis diet : .....

Nafsu makan :  baik  menurun frekuensi : .....x/hari

Porsi makan :  habis  tidak Keterangan lainnya: .....

### Abdomen

Inspeksi :

Bentuk : .....

Bayangan vena : .....

Benjolan / massa : .....

Luka operasi :  ada  tidak Tanggal operasi : .....

Jenis operasi : ..... Lokasi : .....

Keadaan : Drain  baik  tidak

Jumlah : ..... Warna : .....

Kondisi area sekitar insersi: .....

Auskultasi : Peristaltik : .....x/menit

Palpasi :  tegang  kembung  ascites  
Nyeri tekan :  ya  tidak Titik Mc Burney: .....  
Massa : .....  
Hepar : .....  
Ginjal : .....

Perkusi:

Pemeriksaan ascites: undulasi: ..... Sifting Dullnes: .....  
Ginjal : nyeri ketuk  ada  tidak  
Masalah Keperawatan : .....  
.....

**11. Sistem Persyarafan**

- a. Memori :  Panjang  Pendek
- b. Perhatian :  Dapat mengulang  Tidak dapat mengulang
- c. Bahasa :  Baik  Tidak (ket: .....)
- d. Kognisi :  Baik  Tidak
- e. Orientasi :  Orang  Tempat  Waktu
- f. Saraf sensori :  Nyeri tusuk  Suhu  Sentuhan

Lainnya : .....

g. Saraf koordinasi (cerebral) :  Ya  Tidak

h. Refleks Fisiologis Patella 0 1 2 3 4 0 = tidak ada reflek  
Achiles 0 1 2 3 4 1 = hipoaktif  
Bisep 0 1 2 3 4 2 = normal  
Trisep 0 1 2 3 4 3 = hiperaktif  
Brakioradialis 0 1 2 3 4 4 = hiperaktif dengan klonus terus menerus

i. Refleks patologis:  babinsky  brudzinsky  kernig

j. Keluhan pusing :  Ya  Tidak

k. Istirahat tidur: .....jam/hari Gangguan tidur: .....

**l. Pemeriksaan saraf kranial**

- N1 : Normal  Tidak Ket: .....
- N2 : Normal  Tidak Ket: .....
- N3 : Normal  Tidak Ket: .....
- N4 : Normal  Tidak Ket: .....
- N5 : Normal  Tidak Ket: .....
- N6 : Normal  Tidak Ket: .....
- N7 : Normal  Tidak Ket: .....
- N8 : Normal  Tidak Ket: .....
- N9 : Normal  Tidak Ket: .....
- N10 : Normal  Tidak Ket: .....
- N11 : Normal  Tidak Ket: .....
- N12 : Normal  Tidak Ket: .....

Masalah Keperawatan : .....  
.....

**12. Sistem Perkemihan**

- a. Kebersihan :  Bersih  Kotor
- b. Keluhan kencing :  Nokturi  Inkontinensia  
 Gross hematuri  Poliuria  
 Disuria  Oliguria  
 Retensi  Hesistensi  
 Anuria
- c. Kemampuan berkemih  
 Spontan  Alat bantu, sebutkan: .....  
 Jenis : .....  
 Ukuran : .....  
 Hari ke : .....
- d. Produksi urine : .....ml/hari Warna : ..... Bau: .....
- e. Kandung kemis :  Membesar  ya  tidak  
 Nyeri tekan  ya  tidak

f. Balance cairan:

Intake		Output	
Minum peroral	: .....ml/hr	Urine (0,5 – 1 ml/kg/BB/jam)	: .....ml/hr
Cairan infus	: .....ml/hr	Drain	: .....ml/hr
Obat IV	: .....ml/hr	IWL (10 – 15 ml/kg/BB/24 jam)	: .....ml/hr
NGT	: .....ml/hr	Diare	: .....ml/hr
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	: .....ml/hr	Muntah	: .....ml/hr
		Perdarahan	: .....ml/hr
		Feses (1x = 20 ml/hari)	: .....ml/hr
<b>Total</b>	<b>: .....ml/hr</b>	<b>Total</b>	<b>: .....ml/hr</b>

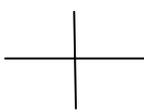
Balance cairan/hari perawatan:

.....  
 .....  
 .....

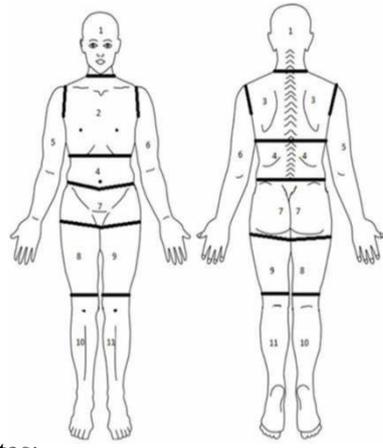
Masalah Keperawatan :

.....  
 .....

**13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen**

- a. Pergerakan sendi:  Bebas  Terbatas
- b. Kekuatan otot: 
- c. Kelainan ekstremitas:  ya  tidak
- d. Kelainan tulang belakang :  ya  tidak
- e. Fraktur :  ya  tidak
- f. Traksi / spalk / gips :  ya  tidak
- g. Kompartemen syndrome :  ya  tidak
- h. Kulit :  ikterik  sianosis  kemerahan  hiperpigmentasi
- i. Turgor:  baik  kurang  jelek
- j. Luka :  Tidak  ada
- Luas luka  panjang ..... cm  Diameter .....cm

Derajat luka : .....  
 Warna dasar luka  merah  kuning  hitam  
 Tipe eksudat/cairan luka : .....  
 Goa :  ada, ukuran .....  
 Tepi luka : .....  
 Jaringan granulasi : .....%  
 Warna kulit sekitar luka : .....  
 Edema sekitar luka : .....  
 Tanda-tanda infeksi :  Tidak  Ya  
 Lokasi: beri tanda X



k. Edema eksktremitas: .....  
 l. Pitting edema : +/- grade : .....

Ekstremitas atas:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4  
 RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4

Penilaian Edema:

Ekstremitas bawah:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4  
 RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4

+1 : kedalaman 1 – 3 mm, waktu kembali 3 detik  
 +2 : kedalaman 3 – 5 mm, waktu kembali 5 detik  
 +3 : kedalaman 5 – 7 mm, waktu kembali 7 detik  
 +4 : kedalaman > 7 mm, waktu kembali 7 detik

Orther: .....

m. Ekskoriasis :  ya  tidak  
 n. Psoriasis :  ya  tidak  
 o. Urtikaria :  ya  tidak  
 p. Lain-lain:

Penilaian risiko decubitus:

Aspek yang dinilai	KRITERIA YANG DINILAI				NILAI
	1	2	3	4	
Persepsi Sensori	Terbatas Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Gangguan	
Kelembaban	Terus Menerus Basah	Sangat Lembab	Kadang-kadang Basah	Jarang Basah	
Aktivitas	Bedfast	Chairfast	Kadang-kadang Jalan	Lebih Sering Jalan	
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		

Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus ( <i>Pressure ulcers</i> ) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)	<b>TOTAL NILAI</b>	
---	--------------------	--

Kategori pasien : .....

Masalah Keperawatan : .....

**14. Sistem Endokrin**

- Pembesaran kelenjar tyroid:  ya  tidak
- Pembesaran kelenjar getah bening:  ya  tidak
- Pankreas:  ya  tidak
- Trias DM:  ya  tidak
- Hipoglikemia:  ya  tidak
- Hiperglikemia:  ya  tidak
- Kondisi kaki DM:
  - Luka ganggren  ya  tidak

Nilai GDA: .....  
Nilai GDA: .....

- Jenis luka : .....
- Lama luka : .....
- Warna : .....
- Luas luka : .....
- Kedalaman : .....
- Kulit Kaki : .....
- Kuku Kaki : .....
- Telapak Kaki : .....
- Jari Kaki : .....
- Infeksi :  ya  tidak
- Riwayat luka sebelumnya :  ya  tidak
- Tahun : .....
- Jenis luka : .....
- Lokasi : .....

- Riwayat amputasi sebelumnya :  ya  tidak
- Jika Ya
- Tahun : .....
- Lokasi : .....
- Lain-lain : .....

Masalah Keperawatan : .....

**15. Seksualitas dan Reproduksi**

- a. Payudara : benjolan : ada/tidak \*
- Kehamilan : ya/tidak \*
- HPHT
- b. Genetalia :
- Wanita : flour albus : ya/tidak \*
- Prolaps uteri : ada/tidak \*
- Pria : masalah prostat/kelainan: ada/tidak \*

Masalah Keperawatan : .....



**PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil

**OBAT YANG DITERIMA**

Nama Obat	Dosis	Nama Obat	Dosis
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

Balikpapan, .....2019

Perawat.

-----

Lampiran 4

### ANALISA DATA

Nama :  
No.Reg :

Ruang :  
Tanggal :

No	Data	Masalah	Etiologi

**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi

Lampiran 6

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama :  
No.Reg :

Ruang :  
Tanggal :

NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN

Lampiran 7

**TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama :  
No.Reg :

Ruang :  
Tanggal :

NO DX	HARI/TGL/JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI

Lampiran 8

**EVALUASI**

Nama :  
No.Reg :

Ruang :  
Tanggal :

NO	WAKTU(TGL/JAM)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TTD/NAMA

DOKUMENTASI

