

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KEMOTERAPI DENGAN
CA REKTUM YANG DI RAWAT DI RUMAAH SAKIT



OLEH :

NAMA : RUSDIYATI

NIM : P07220116114

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTRIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2020

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KEMOTERAPI DENGAN
CA REKTUM YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**

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



OLEH :

NAMA : RUSDIYATI

NIM : P07220116114

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. Rusdiyati
NIM.P0722011614

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 8 Mei 2020

Oleh

Pembimbing

Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd

NIDN. 4020027901

Pembimbing Pendamping

Nurhayati, S.ST, M.Pd

NIDN. 4024016801

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis AG, M. Kep
NIP. 196803291994022001

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kemoterapi

Dengan Ca Rektum Yang Di Rawat

Di Rumah Sakit

Telah Diuji

Pada tanggal 8 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Rus Andraini, A.Kp.,M.PH
NIDN. 4006027101

Penguji Anggota

1. Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd
NIDN. 4020027901

2. Nurhayati, S.ST, M.Pd
NIDN. 4024016801

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 AG, M. Kep
NIP. 196803291994022001

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas

Nama : Rusdiyati
Tempat / Tanggal Lahir : Sebakung Jaya, 19 November 1996
Bangsa : Indonesia
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Suku/Bangsa : Banjar/Indonesia
Alamat : Jl. Sawi , RT 001 Desa Sebakung Jaya,
Kecamatan Babulu, Kabupaten Penajam
Paser Utara

II. Pendidikan

1. Sekolah Dasar Negeri 014 Balikpapan, tahun 2003-2009
2. Madrasah Tsanawiyah Bina'ul Muhajirin, tahun 2009-2012
3. Madrasah Aliyah Negeri 1 Penajam Paser Utara, tahun 2012-2015
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2016
sampai sekarang



Halaman Persembahan

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT Yang telah melimpahkan Rahmat, Taufiq, dan Hidayah-Nya sehingga saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW. Saya persembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat saya kasahi dan saya sayangi

Teruntuk Orang Tua, Kakak dan Adik ku Tersayang,

Ayah dan Ibu yang selalu memberikan semangat dan dukungan selama kuliah empat tahun ini, selalu sabar menghadapi saya, selalu mensupport. Untuk Ayah dan Ibu tersayang terimakasih sudah menjadi tempatku berkeluh kesah selama kuliah dan untuk adik ku terimakasih sudah menghiburku dikala bosan dan jenuh dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Teruntuk Dosen Pembimbing,

Ibu Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd dan Ibu Nurhayati, S.ST, M.Pd terimakasih saya ucapkan karena telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membantu membimbing saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Teruntuk Dosen Keperawatan,

Terimakasih telah membimbing saya dengan sabar dalam empat tahun ini serta ilmu dan pengalaman berharga yang akan selalu berguna dikemudian hari.

Teruntuk Keperawatan Angkatan Enam,

Untuk teman – teman seperjuangan angkatan 5 dan 6 Keperawatan Balikpapan yang sudah menjadi bagian dari keluarga saya. Terimakasih telah memberikan dukungan dan motivasi yang tidak bisa saya ucapkan satu persatu, tanpa dukungan kalian saya tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini walaupun ada Pandemi Covid-19 ini kita semua dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa T'ala yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan Samarinda Kampus C Balikpapan dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit”.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selsai. Oleh karna itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd selaku Pembimbing I dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
6. Nurhayati, S.ST, M.Pd, selaku Pembimbing II dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
7. Abah Imberan dan Ibu Irniwati selaku orang tua saya terimakasih banyak yang selalu mendukung, selalu memberikan semangat dan mendoakan tanpa hentinya.
8. Teman – teman angkatan ke – 5 dan 6 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan .

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah di hadapan Allah Subhanahu wa Ta'ala.

Balikpapan, 8 Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KEMOTERAPI DENGAN CA REKTUM YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT”

Kanker rektum merupakan salah satu dari keganasan yang menyerang bagian rektum. Berdasarkan dari data The Global Cancer Observatory, kanker rektum merupakan urutan ketiga dari semua kasus kanker di dunia pada tahun 2018. Sehingga dalam hal ini kemoterapi masih menjadi pengobatan yang paling sering dilakukan dan dianggap dapat membuat pasien kanker pulih dari penyakitnya. Pengulasan ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi dengan kanker rektum.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dalam bentuk pengulasan kasus dengan pendekatan Asuhan keperawatan dengan melaksanakan asuhan sebagai unit analisis. Unit analisis adalah dua pasien dengan kasus kanker rektum yang menjalani kemoterapi. Penyusunan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi keperawatan kampus Poltekkes Kaltim.

Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif, diagnose keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien, perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif.

Dapat disimpulkan bahwa setiap pasien kemoterapi dengan kanker rektum memiliki respon yang berbeda terhadap masalah. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi kesehatan dan kemampuan pasien dalam menghadapi suatu masalah. Sehingga diharapkan perawat harus melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien dan meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada pasien kemoterapi dengan kanker rektum.

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

ABSTRACT

"NURSING FOR PATIENTS CHEMOTHERAPY WITH CA RECTUM "

Rectal cancer is one of the malignancies that attack the rectum. Based on data from The Global Cancer Observatory, rectal cancer is the third out of all cancer cases in the world in 2018. So in this case chemotherapy is still the most frequently performed treatment and is considered to be able to make cancer patients recover from their illness. This review aims to get an overview of nursing care in chemotherapy patients with rectal cancer.

This research uses descriptive qualitative method in the form of reviewing cases with nursing care approach by implementing care as a unit of analysis. The unit of analysis is patients with rectal cancer undergoing chemotherapy. Data collection methods are by interview, observation, physical examination, documentation study and supporting examination. The data collection instruments used the format of Nursing Care in accordance with the provisions in force in the Nursing Study Program at the Poltekkes East Kalimantan campus.

Based on the data analysis, it is concluded that the assessment requires effective communication skills, nursing diagnoses are adjusted to the patient's condition, planning and implementation are supported by supporting facilities and facilities, evaluation is carried out directly both formative and summative.

It can be concluded that each chemotherapy patient with rectal cancer has a different response to the problem. This is influenced by health conditions and the ability of patients to deal with a problem. So it is expected that nurses must conduct comprehensive nursing care to deal with nursing problems in each patient and improve skills in carrying out nursing care, especially in chemotherapy patients with rectal cancer.

Keywords: Rectal Cancer, Chemotherapy, Nursing Care

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul	
Halaman Sampul Dalam.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Daftar Riwayat Hidup.....	v
Lembar Persembahan.....	vi
Halaman Kata Pengantar.....	vii
Abstrak.....	ix
Daftar Isi.....	xi
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Tabel.....	xv
Daftar Bagan.....	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis Ca Rektum.....	9

1. Definisi.....	9
2. Anatomi Fisiologi Rektum.....	9
3. Etiologi dan Faktor Predisposisi.....	11
4. Patofisiologi.....	13
5. Manifestasi klinis.....	14
6. Klasifikasi.....	15
7. Pemeriksaan Penunjang.....	16
8. Penatalaksanaan.....	16
9. Komplikasi.....	18
10. Konsep kemoterapi.....	18
B. Konsep masalah keperawatan.....	23
1. Pengertian.....	23
2. Kriteria mayor dan minor.....	23
3. Faktor yang berhubungan.....	23
4. Patway Ca rektum.....	24
5. Batasan masalah.....	25
C. Konsep asuhan keperawatan pasien dengan ca rektum.....	30
1. Pengkajian.....	30
2. Diagnosa keperawatan.....	35
3. Intervensi.....	36
4. Implementasi keperawatan.....	40
5. Evaluasi keperawatan.....	40
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Pendekatan/Desain Penelitian.....	42

B. Subyek Penelitian.....	42
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	44
E. Prosedur Penelitian.....	45
F. Teknik dan Instrument Pengumpulan Data	47
G. Keabsahan Data.....	47
H. Analisis Data.....	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil.....	49
B. Pembahasan.....	72
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	87
B. Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Rektum.....	10

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Intervensi Pre Kemoterapi.....	35
Tabel 2.2 Intervensi Intra Kemoterapi.....	36
Tabel 2.3 Intervensi Post Kemoterapi.....	37
Tabel 4.1 Hasil Review Anamnesis Pasien dengan Ca Rektum	50
Tabel 4.2 Hasil Review Pemeriksaan Fisik Pasien dengan Ca Rektum	54
Tabel 4.3 Hasil Review Pemeriksaan Penunjang Pasien dengan Ca Rektum	60
Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi Pasien dengan Ca Rektum	60
Table 4.5 Diagnosa Keperawatan Pasien Ca Rektum.....	61
Tabel 4.6 Perencanaan Pasien dengan Ca Rektum.....	64
Tabel 4.7 Implementasi keperawatan Pasien 1 dengan Ca Rektum	68
Tabel 4.8 Implementasi keperawatan Pasien 2 dengan Ca Rektum	69
Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 1 Ca Rektum	70
Tabel 4.10 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 2 dengan Ca Rektum	71

DAFTAR BAGAN

Halaman

Bagan 2.1 Patway Ca Rektum.....	14
---------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan zaman menyebabkan perubahan pada pola hidup masyarakat seperti kebiasaan konsumsi fast food, paparan zat kimia dan kurangnya aktivitas fisik yang menyebabkan penyakit, salah satunya kanker. Kanker adalah istilah umum untuk satu kelompok besar penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel abnormal di luar batas normal yang kemudian dapat menyerang bagian tubuh yang berdampingan atau menyebar ke organ lain (WHO, 2017) dalam (Gentry, 2017). Karakteristik dan pola hidup masyarakat yang tidak sehat menjadi tantangan dalam pengendalian kanker dan berdampak pada peningkatan prevalensi kanker yang tidak terkendali. Salah satu jenis kanker dengan faktor risiko terkait perilaku yang tidak sehat adalah kanker kolorektal (Dirseciu, 2017).

Kanker kolorektal adalah kanker yang terdapat pada kolon dan rektum. Kanker ini disebut kanker kolon atau kanker rektum bergantung dari mana kanker tersebut berawal. Kanker kolon dan kanker rektum sering digabungkan bersama karena memiliki banyak kesamaan (American Cancer Society, 2015) dalam (Harahap, 2019). Kanker rektum merupakan salah satu dari keganasan pada rektum yang terjadi akibat timbulnya di mukosa/epitel dimana lama kelamaan timbul nekrose dan ulkus (Nugroho, 2011). Rektum merupakan bagian 15 cm terakhir dari usus besar dan terletak di dalam rongga panggul di tengah tulang pinggul. Rektum adalah bagian dari usus

besar pada sistem pencernaan yang disebut dengan traktus gastrointestinal (Oliver, 2013).

Kanker rektum adalah kanker ketiga yang banyak terjadi didunia dengan presentasi 11,2% atau 1.849.518 kasus dari jumlah seluruh penderita kanker diseluruh dunia, dan kanker kedua dengan jumlah kematian 9.2% atau 880.792 di tahun 2018 . Dalam kurun waktu 5 tahun terjadi 1.021.005 kasus di Asia dengan 43.324 kasus baru setiap tahunnya. Di Indonesia, kanker rektum adalah kanker yang sering terjadi baik pada pria dan wanita , prevalensi tahun 2013 sampai 2018 terjadi 32.069 kasus dengan 14.112 kasus baru di tahun 2018 (The Global Cancer Observatory, 2019).

Faktor risiko secara gris besar terbagi menjadi dua yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, ras, jenis kelamin, dan riwayat keluarga (Rahdi DR, 2015). Lebih dari 30% kasus kanker rektum di Indonesia ditemukan pada pasien yang berusia 40 tahun atau lebih muda (American Cancer Society, 2015 dalam (Dirseciu, 2017). Faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti aktivitas fisik, diet, merokok, konsumsi alkohol, dan diabetes. Aktivitas fisik reguler dan diet sehat membantu menurunkan risiko kanker rektal. Merokok, konsumsi alkohol, dan diabetes memiliki hubungan terhadap peningkatan kejadian kanker rektal. (Khosama, 2015) dalam (Harahap, 2019).

Kanker rektum stadium dini tidak ada gejala yang jelas, namun setelah penyakit berkembang ketingkat lanjut akan timbul gejala klinis. Tanda iritasi

usus seperti sering buang air besar, diare atau konstipasi dan nyeri pada abdomen. Tumor yang sudah mengalami ulserasi akan terjadi pendarahan dan akan terlihat dari warna feses yang bercampur dengan darah seperti selai hitam. Masa di abdomen akan terus tumbuh hingga batas tertentu di daerah abdomen sehingga pada pemeriksaan palpasi akan mudah teraba (Desen, 2011).

Maka dibutuhkan penatalaksanaan yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut penatalaksanaan pada kanker rektum terdiri dari penatalaksanaan bedah dan penatalaksanaan medis. Pembedahan yang dilakukan pada ca rektum yaitu dengan kolostomi. (Suratun & Lusianah, 2010). Komplikasi untuk pasien dengan kolostomi sedikit lebih tinggi. Beberapa komplikasi umum adalah prolaps stoma, perforasi (akibat ketidakpatenan irigasi stoma), retraksi stoma, impaksi fekal dan iritasi kulit. Kemudian setelah dilakukannya pembedahan dengan kolostomi dan penentuan stadium dilanjutkan dengan cara kemoterapi (Brunner, 2013).

Kemoterapi merupakan salah satu modalitas terapi yang sering digunakan, dengan segala manfaatnya tentu terapi ini juga mempunyai beberapa efek samping, di antaranya yaitu: rasa lemas dan lemah, mual muntah, rambut rontok, mudah terserang infeksi, seperti influenza, anemia atau kadar hemoglobin darah rendah, terkadang mudah terjadi perdarahan, contohnya pada gusi sehabis sikat gigi, sariawan, nafsu makan menurun, sembelit atau malah diare (Fadhil, 2018).

Masalah keperawatan yang timbul pada penderita kanker rektum sebelum tindakan kemoterapi yaitu, nyeri, defisit nutrisi, resiko infeksi, gangguan citra tubuh, defisit pengetahuan, dan ansietas (Nurarif & Kusuma, 2016). Adapun pada saat tindakan kemoterapi berlangsung yaitu risiko infeksi ekstrasvasasi dan gangguan integritas kulit (Usolin et al., 2018). Sedangkan masalah keperawatan setelah tindakan kemoterapi yaitu efek samping rasa lemas dan lemah, mual muntah, rambut rontok, mudah terserang infeksi, seperti influenza, anemia atau kadar hemoglobin darah rendah, terkadang mudah terjadi perdarahan, contohnya pada gusi sehabis sikat gigi, sariawan, nafsu makan menurun, sembelit atau malah diare (Fadhil, 2018).

Dalam kenyataannya pada pasien kanker, khususnya kanker rektum banyak yang menghindari tindakan kemoterapi. Dari 38 orang pasien kanker rektal, didapatkan bahwa 26,3% takut gagal, 39,5% takut efek samping, 7,9% biaya yang mahal, 10,5% karena berlangsung dalam jangka waktu yang lama, dan 15,8% tidak takut terhadap kemoterapi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pemahaman pasien kanker rektal terhadap tindakan kemoterapi masih cukup rendah dimana 68,4% sampel tidak tahu dan tidak mengerti tentang tindakan kemoterapi. Pemahaman yang kurang tentang tindakan kemoterapi ini nantinya dapat mengakibatkan timbulnya persepsi negatif terhadap tindakan kemoterapi. Maka dari itu sangat diperlukan adanya suatu edukasi yang baik bagi setiap pasien tentang penyakit dan modalitas terapi yang akan diberikan (Usolin et al., 2018).

Peran perawat penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi dengan penderita penyakit ini, yaitu sebelum tindakan kemoterapi (pre kemoterapi), saat kemoterapi berlangsung (intra kemoterapi), dan setelah tindakan kemoterapi (post kemoterapi). Adapun peran perawat pada pre kemoterapi yaitu memberikan dukungan serta motivasi pada pasien untuk menjalani kemoterapi, dan meminta *informed consent*. Peran perawat pada intra kemoterapi yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, pemasangan infus, memberikan obat premedikasi, pemberian obat kemoterapi, memantau tanda-tanda ekstrasvasasi, memberikan obat post medikasi dan mengobservasi keadaan pasien. Sedangkan peran perawat pada post kemoterapi yaitu memantau keadaan umum pasien, mengobservasi tanda-tanda vital, memantau efek samping kemoterapi dan memberikan penguatan psikologis (Usolin et al., 2018).

Berdasarkan data dari penelitian sebelumnya pada jurnal “Hubungan dukungan social terhadap kualitas hidup pasien kolorektal yang menjalani kemoterapi oral di RSUD Arifin Achmad provinsi Riau” menunjukkan hasil penelitian tentang hubungan dukungan sosial terhadap kualitas hidup pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi oral menyatakan bahwa mayoritas responden berada pada usia 46-55 (lansia awal) dan berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan terakhir responden berada pada tingkat pendidikan dasar, sebagian besar responden sedang menjalani siklus kemoterapi ke empat, dan sebagian besar responden berada pada stadium tiga (Sari et al., 2018).

Dalam penelitian ini didapatkan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien yang menjalani kemoterapi oral adalah stadium dan siklus kemoterapi. Stadium kanker yang bertambah menyebabkan penurunan kesehatan tubuh responden dan menurunkan kualitas hidup karena sel kanker yang dapat mengganggu fungsi organ lainnya, selain itu siklus kemoterapi yang semakin lama menimbulkan efek samping yang dapat menurunkan kepercayaan diri pada pasien sehingga menurunkan kualitas hidup pasien. Responden yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik cenderung mendapatkan dukungan sosial negatif karena pasien merasakan kurang mendapatkan dukungan dari orang-orang terdekat sehingga menurunkan semangat dan motivasi, maka dibutuhkan dukungan sosial dari orang-orang terdekat sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara hubungan dukungan sosial terhadap kualitas hidup pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi oral.

Berdasarkan observasi ruangan Kemoterapi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan data pasien kanker rectum pada tahun 2018 terdapat 16 pasien terjadi kenaikan pada tahun 2019 yaitu 45 pasien, dan setidaknya dalam seminggu terdapat 3 pasien kanker rektum yang di rawat di ruang kemoterapi.

Berdasarkan fenomena tersebut, penulis tertarik untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi dengan ca rectum yang di rawat di rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah pada karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit.

2. Tujuan Khusus

- a) Mengkaji pasien kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit.
- b) Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit.
- c) Menyusun perencanaan keperawatan pasien kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit.
- d) Melaksanakan intervensi keperawatan pasien kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit.
- e) Melakukan evaluasi keperawatan pasien kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit.

D. Manfaat

Adapun manfaat dari penulisan proposal ini adalah :

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit, sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi dengan ca rektum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Ca Rektum

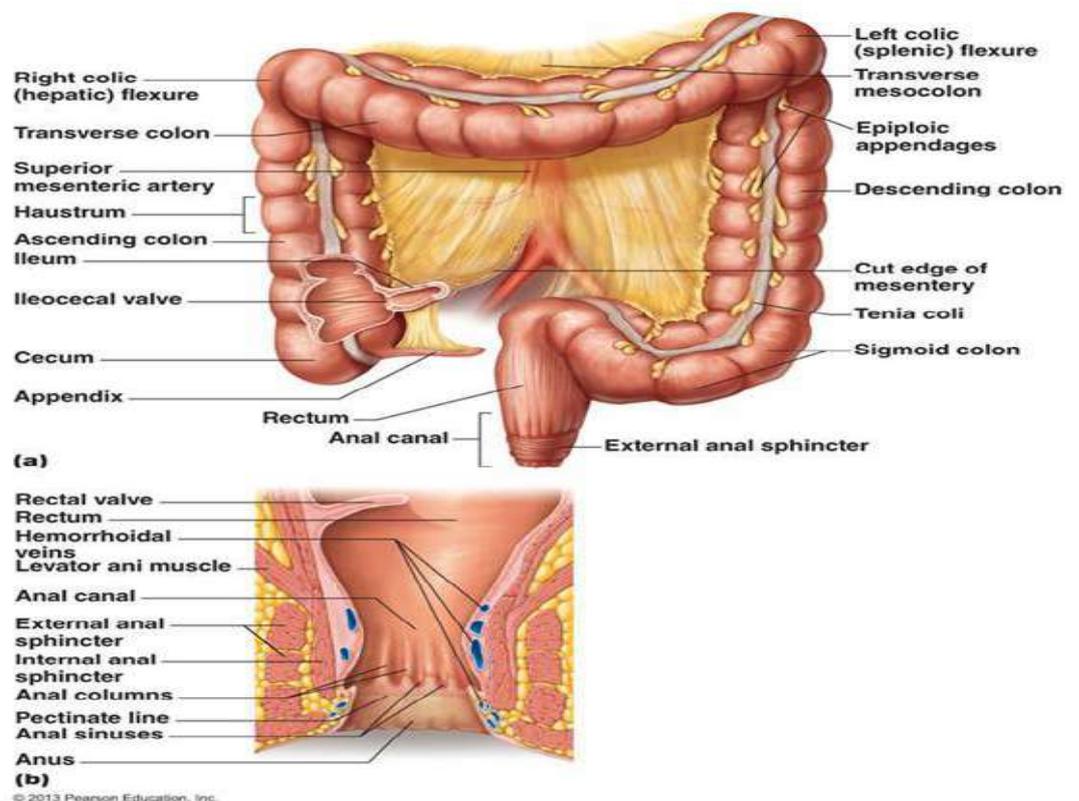
1. Definisi

Kanker rektum adalah tumbuhnya sel kanker yang ganas didalam permukaan usus besar atau rektum (Dyayadi MT, 2009). Kanker rektum merupakan salah satu dari keganasan pada kolon dan rektum yang khusus menyerang bagian rektum yang terjadi akibat timbulnya di mukosa/epitel dimana lama kelamaan timbul nekrose dan ulkus (Nugroho, 2011). Kanker rektum adalah pertumbuhan sel abnormal atau maligna pada daerah rektum (Sodikin, 2011).

2. Anatomi Fisiologi Rektum

Fungsi utama dari rektum dan kanali anal ialah untuk mengeluarkan masa feses yang terbentuk di tempat yang lebih tinggi dan melakukan hal tersebut dengan cara yang terkontrol. Rektum dan kanalis anal tidak begitu berperan dalam proses pencernaan, selain hanya menyerap sedikit cairan. Selain itu sel-sel goblet mukosa mengeluarkan mucus yang berfungsi sebagai pelicin untuk keluarnya masa feses. Pada saat rektum tidak berisi feses hal ini sebagian diakibatkan adanya otot sfingter yang tidak begitu kuat terdapat pada rectosigmoid junction kirakira 29 cm dari anus. Terdapatnya lekukan tajam dari tempat ini juga member tambahan penghalang masuknya feses ke rektum. Akan tetapi, bila suatu gerakan

mendorong feses ke arah rektum, secara normal hasrat defekasi akan timbul, yang ditimbulkan oleh reflek kontraksi dari rektum dan relaksasi dari otot sfingter. Feses tidak keluar secara terus-menerus dan sedikit demi sedikit dari anus berkat adanya kontraksi tonik otot sfingter ani interna dan externa (sobiston, 2009) dalam (Paulista, 2017).



Gambar 2.1 Anatomi Rektum
(Sumber : Fauziyyah, 2015)

3. Etiologi dan Faktor Predisposisi

Penyebab Kanker rektum masih belum diketahui pasti, namun telah dikenali beberapa faktor predisposisi. Faktor predisposisi lain mungkin berkaitan dengan kebiasaan makan. Hal ini karena Kanker 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 (Anderson S, 2006).

Beberapa faktor risiko/faktor predisposisi terjadinya kanker rectum menurut (Smeltzer, Burke, Hinkle & Cheever, 2010) sebagai berikut:

a. Diet rendah serat

Kebiasaan diet rendah serat adalah faktor penyebab utama, (Price Sylvia A, 2012) mengemukakan bahwa diet rendah serat dan kaya karbohidrat refined mengakibatkan perubahan pada flora feses dan perubahan degradasi garam-garam empedu atau hasil pemecahan protein dan lemak, dimana sebagian dari zat-zat ini bersifat karsinogenik. Diet rendah serat juga menyebabkan pemekatan zat yang berpotensi karsinogenik dalam feses yang bervolume lebih kecil. Selain itu masa transisi feses meningkat, akibat kontak zat yang berpotensi karsinogenik dengan mukosa usus bertambah lama.

b. Lemak

Kelebihan lemak diyakini mengubah flora bakteri dan mengubah steroid menjadi senyawa yang mempunyai sifat karsinogen.

c. Polip (colorectal polyps)

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

d. Inflammatory Bowel Disease

Orang dengan kondisi yang menyebabkan peradangan pada rectum (misalnya colitis ulcerativa) selama bertahun-tahun memiliki risiko yang lebih besar.

e. Riwayat kanker pribadi

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

f. Riwayat kanker rektal pada keluarga

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

g. Faktor gaya hidup

Orang yang merokok, atau menjalani pola makan yang tinggi lemak dan sedikit buah-buahan dan sayuran memiliki tingkat risiko yang lebih besar terkena kanker kolorectal serta kebiasaan sering menahan tinja/defekasi yang sering.

h. Usia di atas 50

Kanker rektum biasa terjadi pada mereka yang berusia lebih tua. Lebih dari 90 persen orang yang menderita penyakit ini didiagnosis setelah usia 50 tahun ke atas.

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 kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar kebagian tubuh yang lain (paling sering ke hati) (Oliver, 2013).

Karsinogen adalah substansi yang mengakibatkan perubahan pada struktur dan fungsi sel menjadi bersifat maligna. Maligna merupakan proses perubahan sel normal menjadi sel kanker. Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler yaitu inisiasi merupakan perubahan dalam bahan genetika yang memicu sel menjadi ganas, promosi yaitu perubahan sel menjadi ganas dan progresi yaitu tahap akhir terbentuknya sel kanker (Smeltzer, Burke, Hinkle & Cheever, 2010).

5. Manifestasi Klinis

Kebanyakan orang asimtomatis dalam jangka waktu lama dan mencari bantuan kesehatan hanya bila mereka menemukan perubahan pada kebiasaan defekasi atau perdarahan rektum. Gejala sangat ditentukan oleh lokasi kanker, tahap penyakit, dan fungsi segmen usus tempat kanker berlokasi. Gejala yang paling menonjol adalah (Smeltzer, Burke, Hinkle & Cheever, 2010):

- a. Perubahan kebiasaan defekasi
- b. Terdapat darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua
- c. Gejala anemia tanpa diketahui penyebabnya
- d. Anoreksia
- e. Penurunan berat badan tanpa alasan
- f. Keletihan
- g. Mual dan muntah-muntah
- h. Usus besar terasa tidak kosong seluruhnya setelah BAB
- i. Feses menjadi lebih sempit (seperti pita)
- j. Perut sering terasa kembung atau kram perut

Gejala yang dihubungkan dengan lesi rectal adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defekasi, konstipasi dan diare bergantian (umumnya konstipasi), serta feses berdarah. Pertumbuhan pada sigmoid atau rectum dapat mengenai radiks saraf, pembuluh limfe, atau vena menimbulkan gejala-gejala pada tungkai atau perineum, hemoroid, nyeri pinggang bagian bawah, keinginan defekasi, atau sering berkemih dapat

timbul sebagai akibat tekanan pada alat-alat tersebut. Semua karsinoma kolorektal dapat menyebabkan ulserasi, perdarahan, obstruksi bila membesar atau invasi menembus dinding usus dan kelenjar-kelenjar regional, terkadang bisa terjadi perforasi dan menimbulkan abses peritoneum (Fauziyyah, 2015).

6. Klasifikasi Dan Stadium Kanker Rektum

Klasifikasi menurut (Black, J.C & Hawks, 2014):

a. Stadium 0 (carcinoma in situ)

Kanker belum menembus membran basal dari mukosa kolon atau rektum.

b. Stadium I

Kanker telah menembus membran basal hingga lapisan kedua atau ketiga (submukosa/ muskularis propria) dari lapisan dinding kolon/ rektum tetapi belum menyebar keluar dari dinding kolon/rectum.

c. Stadium II

Kanker telah menembus jaringan serosa dan menyebar keluar dari dinding usus kolon/rektum dan ke jaringan sekitar tetapi belum menyebar pada kelenjar getah bening.

d. Stadium III

Kanker telah menyebar pada kelenjar getah bening terdekat tetapi belum pada organ tubuh lainnya.

e. Stadium IV

Kanker telah menyebar pada organ tubuh lainnya.

7. Pemeriksaan penunjang

a. Fecal occult blood test

Pemeriksaan darah samar pada feses di bawah mikroskop

b. Endoskopi

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

c. Biopsi

Tindakan pembedahan untuk pengambilan sel atau jaringan abnormal .

d. Ultrasonografi(USG)

Sulit dilakukan untuk memeriksa kanker pada rektum, tetapi USG digunakan untuk melihat ada tidaknya metastasis kanker ke kelenjar getah bening di abdomen dan hati.

e. Laboratorium

Pemeriksaan kimia darah alkaline phosphatase dan kadar bilirubin dapat meninggi , indikasi telah mengenai hepar.

8. Penatalaksanaan

a. Pembedahan

Satu-satunya kemungkinan terapi kuratif ialah tindak bedah.

Tujuan utama ialah memperlancar saluran cerna, baik bersifat kuratif maupun nonkuratif. Tindak bedah terdiri atas reseksi luas karsinoma primer dan kelenjar limf regional. Bila sudah terjadi metastasis jauh, tumor primer akan di reseksi juga dengan maksud mencegah obstruksi,

perdarahan, anemia, inkontinensia, fistel, dan nyeri (Sjamsuhidayat & de Jong, 2011).

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 (Suratun & Lusianah, 2010)

c. Radiasi

Terapi radiasi merupakan penanganan karsinoma dengan menggunakan x-ray berenergi tinggi untuk membunuh sel karsinoma. Terdapat 2 cara pemberian terapi radiasi, yaitu dengan radiasi eksternal dan radiasi internal. Radiasi eksternal (external beam radiation therapy) merupakan penanganan dimana radiasi tingkat tinggi secara tepat diarahkan pada sel karsinoma. Terapi radiasi tidak menyakitkan dan pemberian radiasi hanya berlangsung menit (American Cancer Society, 2013).

d. Kemoterapi

Kemoterapi pada kanker kolorektal dapat dilakukan sebagai terapi ajuvan, neoaduvan atau paliatif. Terapi ajuvan direkomendasikan untuk kanker rektum stadium II dan stadium III yang memiliki risiko tinggi (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2015).

9. Komplikasi

Pertumbuhan tumor dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap. Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon dan rektum yang menyebabkan hemoragi. Perforasi dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses. Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok (Smeltzer dan Bare, 2002) (Nursalam, 2016).

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, misal leukimia limfositik akut, limfoma maligna, kanker testes, 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 tercapai 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:

- 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 (Controversies & Obstetrics, 2013).

B. Konsep Masalah Keperawatan Ca Rektum

1. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons 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 (PPNI, 2017).

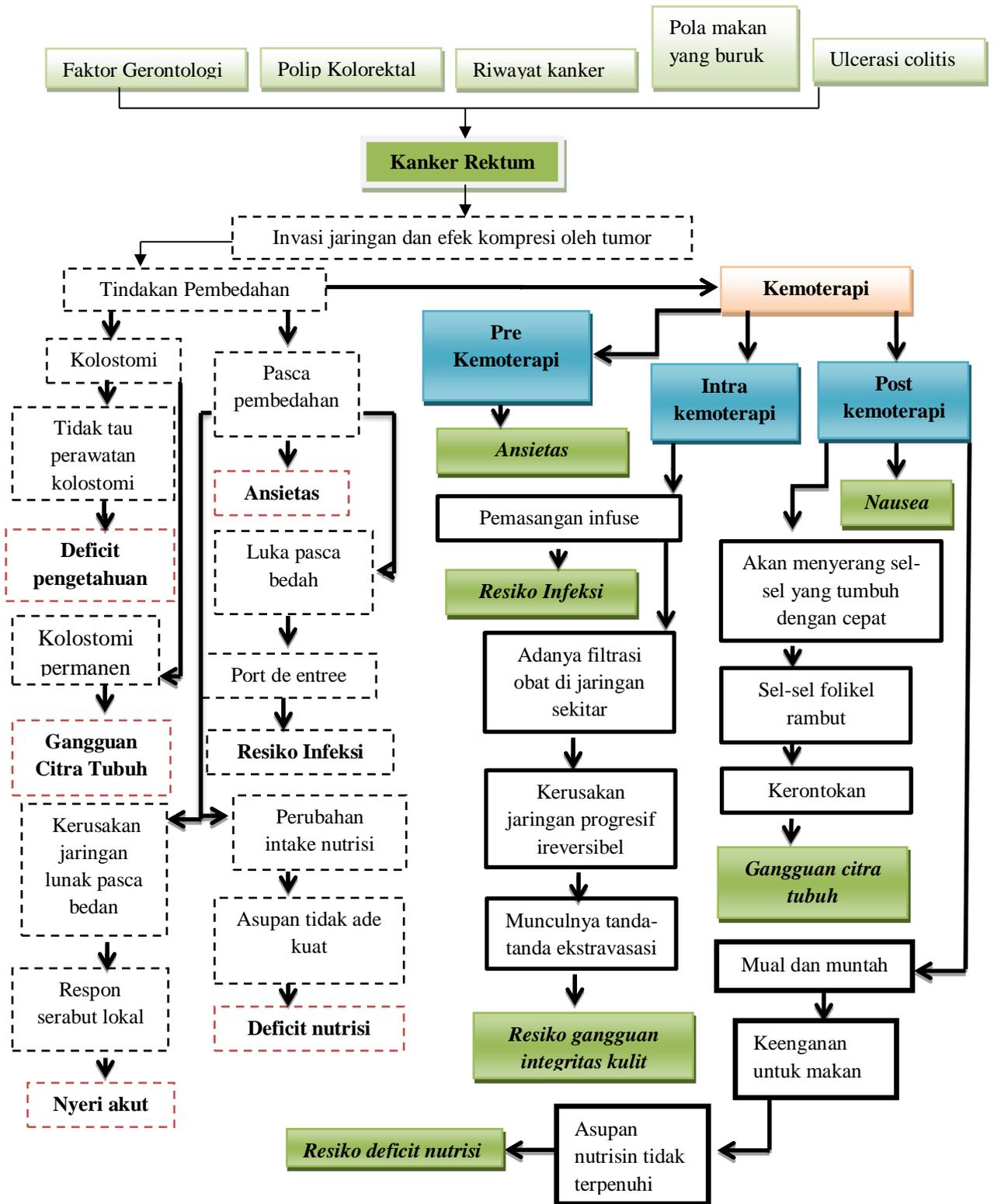
2. Kriteria Mayor dan Minor

Menurut (PPNI, 2017) menyatakan kriteria mayor merupakan tanda atau gejala yang ditemukan 80%-100% pada klien untuk validasi diagnosis. Sedangkan kriteria minor merupakan tanda atau gejala yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis.

3. Faktor yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan atau penyebab pada masalah keperawatan merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan yang mencakup empat kategori yaitu : Fisiologis, biologis atau psikologis, efek terapi atau tindakan, lingkungan atau personal, dan kematangan perkembangan (PPNI, 2017).

4. Patway Ca Rektum



Bagan 2.1 Patway Ca Rektum

Sumber : (Pratiwi, 2017),(Usolin et al., 2018),& (PPNI, 2016b)

5. Batasan Masalah

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita Ca Colon menurut (Pratiwi, 2017), (Usolin et al., 2018) yang disesuaikan dengan Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita Ca Rektum menurut (Pratiwi, 2017), (Usolin et al., 2018) yang disesuaikan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : definisi dan indicator diagnostic, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI), yaitu :

Masalah keperawatan pre kemoterapi

a. Ansietas **D.0080**

1) 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.

2) Penyebab:

a) Kekhawatiran mengalami kegagalan

3) Gejala dan tanda Mayor

Subjektif:

a) Merasa bingung

b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

c) Sulit berkonsentrasi

Objektif:

a) Tampak gelisah

b) Tampak tegang

c) Sulit tidur

4) Gejala dan data Minor

Subjektif:

a) Mengeluh pusing

b) Anoreksia

c) Palpitasi

d) Merasa tidak berdaya

Objektif:

a) Frekuensi nafas meningkat

b) Frekuensi nadi meningkat

c) Tekanan darah meningkat

d) Diaphoresis

e) Tremor

f) Muka tampak pucat

g) Suara bergetar

h) Kontak mata buruk

i) Sering berkemih

j) Berorientasi pada masalah

5) Kondisi klinis terkait

a) Penyakit kronis progresif (mis. Kanker, penyakit autoimun)

Masalah keperawatan pada intra kemoterapi

a. Risiko gangguan integritas kulit **D.0139**

1) Definisi: Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis, dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/ligamen)

2) Faktor Risiko : Bahan kimia iritatif

b. Risiko Infeksi **D.0142**

1) Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Faktor Risiko:

a) Efek prosedur invasive

3) Faktor yang berhubungan:

a) Tindakan invasive

b) Kanker

Masalah keperawatan pada post kemoterapi

a. Nausea **D.0076**

1) Definisi: Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

2) Penyebab: Efek agen farmakologis

3) Gejala dan data mayor:

Subjektif: Mengeluh mual, nerasa ingin muntah, tidak berminat makan.

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif: Merasa asam dimulut, sensasi panas/dingin, sering menelan.

Objektif: Salivameningkat, pucat, diaphoresis, takikardia, pupil dilatasi.

5) Faktor yang berhubungan: Kanker

b. Gangguan Citra Tubuh **D.0083**

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

2) Penyebab: Efek tindakan/pengobatan (misal. Pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)

3) Gejala dan data Mayor:

Subjektif: Mengungkapkan kecacatan

Objektif: Fungsi/struktur tubuh berubah

4) Gejala dan data Minor:

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

Objektif: Fokus berlebihan pada perubahantubuh, respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh, focus pada penampilann dan kekuatan masa lalu, hubungan sosial berubah.

5) Faktor yang berhubungan:

1) Program terapi neoplasma

c. Resiko deficit nutrisi **D.0032**

1) Definisi

Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Faktor risiko:

a) Faktor psikologis (keengganan untuk makan)

3) Kondisi klinis terkait:

a) Penyakit kanker

C. Konsep Asuhan Keperawatan Ca Rektum

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, social dan lingkungan (Dermawan, 2012).

a. Pengumpulan Data

- 1) **Identitas pasien:** Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, tempat tinggal
- 2) **Riwayat penyakit sekarang:** Pada pengkajian ini yang perlu dikaji adanya keluhan pada area abdomen terjadi pembesaran
- 3) **Riwayat penyakit dahulu:** Adakah riwayat penyakit dahulu yang diderita pasien dengan timbulnya kanker rektum.
- 4) **Riwayat penyakit keluarga:** Adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit seperti yang dialami pasien, adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis lainnya
- 5) **Riwayat psikososial dan spiritual:** Bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga yang lain dan lingkungan sekitar sebelum maupun saat sakit, apakah pasien mengalami kecemasan, rasa sakit, karena penyakit yang dideritanya, dan bagaimana

pasien menggunakan koping mekanisme untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

b. Riwayat bio- psiko- sosial- spiritual

1) Pola Nutrisi

Bagaimana kebiasaan makan, minum sehari- hari, jenis makanan apa saja yang sering di konsumsi, makanan yang paling disukai, frekwensi makanannya.

2) Pola Eliminasi

Kebiasaan BAB, BAK, frekwensi, warna BAB, BAK, adakah keluar darah atau tidak, keras, lembek, cair ?

3) Pola personal hygiene

Kebiasaan dalam pola hidup bersih, mandi, menggunakan sabun atau tidak, menyikat gigi.

4) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan istirahat tidur berapa jam?

Kebiasaan – kebiasaan sebelum tidur apa saja yang dilakukan?

5) Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan sehari-hari, olahraga yang sering dilakukan, aktivitas diluar kegiatan olahraga, misalnya mengurus urusan adat di kampung dan sekitarnya.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Kebiasaan merokok, mengkonsumsi minum-minuman keras, ketergantungan dengan obat-obatan (narkoba).

7) Hubungan peran

Hubungan dengan keluarga harmonis, dengan tetangga, teman-teman sekitar lingkungan rumah, aktif dalam kegiatan adat?

8) Pola persepsi dan konsep diri

Pandangan terhadap image diri pribadi, kecintaan terhadap keluarga, kebersamaan dengan keluarga.

9) Pola nilai kepercayaan

Kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, keyakinan terhadap agama yang dianut, mengerjakan perintah agama yang di anut dan patuh terhadap perintah dan larangan-Nya.

10) Pola reproduksi dan seksual

Hubungan dengan keluarga harmonis, bahagia, hubungan dengan keluarga besarnya dan lingkungan sekitar.

c. Riwayat pengkajian nyeri

P: Provokatus paliatif: Apa yang menyebabkan gejala? Apa yang bias memperberat? apa yang bias mengurangi?

Q: QuaLity-quantity: Bagaimana gejala dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan

R: Region – radiasi: Dimana gejala dirasakan ? apakah menyebar?

S: Skala – severity: Seberapah tingkat keparahan dirasakan? Pada skala berapah?

T: Time: Kapan gejala mulai timbul? Seberapa sering gejala dirasakan? tiba-tiba atau bertahap? seberapa lama gejala dirasakan?

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, suhu 37,5 C, nadi 60

2) 100X/ menit, RR 16-20x / menit tensi 120/ 80 mmHg.

3) Pemeriksaan head to toe

Kepala dan leher: Dengan tehnik inspeksi dan palpasi:

Rambut dan kulit kepala: Pendarahan, pengelupasan, perlukaan, penekanan

Telinga: Perlukaan, darah, cairan, bauh ?

Mata: Perlukaan, pembengkakan, replek pupil, kondisi kelopak mata, adanya benda asing, skelera putih ?

Hidung: Perlukaan, darah, cairan, nafas cuping, kelainan anatomi akibat trauma?

Mulut: Benda asing, gigi, sianosis, kering?

Bibir: Perlukaan, pendarahan, sianosis, kering?

Rahang: Perlukaan, stabilitas ?

Leher: Bendungan vena, deviasi trakea, pembesaran kelenjar tiroid

e. Pemeriksaan dada

- 1) Inspeksi: Bentuk simetris kanan kiri, inspirasi dan ekspirasi pernapasan, irama, gerakan cuping hidung, terdengar suara napas tambahan bentuk dada?
- 2) Palpasi: Pergerakan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan kiri dinding dada.
- 3) Perkusi: Adanya suara-suara sonor pada kedua paru, suara redup pada batas paru dan hipar.
- 4) Auskultasi: Terdengar adanya suara visikoler di kedua lapisan paru, suara ronchi dan wheezing

f. Kardiovaskuler

- 1) Inspeksi: Bentuk dada simetris
- 2) Palpasi: Frekuensi nadi,
- 3) Perkusi: Suara pekak
- 4) Auskultasi: Irama regular, systole/ murmur,

g. System pencernaan/abdomen

- 1) Inspeksi: Pada inspeksi perlu diperlihatkan, apakah abdomen membuncit atau datar , tapi perut menonjol atau tidak, lembilikus menonjol atau tidak, apakah ada benjolanbenjolan / massa.

- 2) Palpasi: Adakah nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor, testes) turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien, apakah turgor teraba, apakah lien teraba?
 - 3) Perkusi: Abdomen normal tympanik, adanya massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinaria, tumor)
 - 4) Auskultasi: Secara peristaltic usus dimana nilai normalnya 5- 35 kali permenit.
- h. Pemeriksaan extremitas atas dan bawah meliputi:
- 1) Warna dan suhu kulit
 - 2) Perabaan nadi distal
 - 3) Deformitas extremitas alus
 - 4) Gerakan extremitas secara aktif dan pasif
 - 5) Gerakan extremitas yang tak wajar adanya krapitasi
 - 6) Derajat nyeri bagian yang cidera
 - 7) Edema tidak ada, jari-jari lengkap dan utuh
 - 8) Reflek patella
- i. Pemeriksaan pelvis/genitalia
- 1) Kebersihan, pertumbuhan rambut
 - 2) Kebersihan, pertumbuhan rambut pubis, terpasang kateter, terdapat lesi atau tidak

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan . Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal (PPNI, 2016):

Pre kemoterapi

- a. Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan

Intra kemoterpi

- a. Risiko gangguan integritas kulit b.d bahan kimia iritatif
- b. Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasive

Post kemoterapi

- a. Nausea b.d efek agen farmakologis (kemoterapi)
- b. Gangguan citra tubuh d.d efek tindakan/pengobatan
- c. Risiko deficit nutrisi d.d factor psikologis (keengganan untuk makan)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan pasien individu, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018).

Tabel 2.1 Intervensi pre kemoterapi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Ansietas b.d ancaman	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat	Reduksi Ansietas I.09314 Terapi Relaksasi I.09326 Observasi :

	<p>mengalami kematian D.0080</p>	<p>ansietas pasien menurun dengan Kriteria hasil : L.09093</p> <p>a. Pasien mengungkapkan kebingungannya menurun</p> <p>b. Pasien mengatakan kekhawatirannya menurun</p> <p>c. Keluhan pusing menurun</p> <p>d. Tanda-tanda vital dalam batas normal</p> <p>e. Kontak mata pasien membaik</p> <p>f. Orientasi pasien membaik</p>	<p>1.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>1.2 Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p>1.3 Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan</p> <p>1.4 Identifikasi kesediaan ,kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1.5 Motivasi pasien untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>1.6 Ciptakan lingkungan yang tenang, anjurkan menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>1.7 Gunakan relaksasi sebagai penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain</p> <p>Edukasi :</p> <p>1.8 Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>1.9 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p>
--	---	---	--

Tabel 2.2 Intervensi intra kemoterapi

No.	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
2.	<p>Resiko infeksi d.d Efek prosedur invasive D.0142</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi tanda-tanda infeksi dengan Kriteria hasil : L.14137</p> <p>1) Kebersihan badan pasien meningkat</p> <p>2) Kebersihan tangan pasien meningkat</p> <p>3) Nafsu makan pasien meningkat</p> <p>4) Hematoma menurun</p> <p>5) Kemerahan menurun</p> <p>6) Skala nyeri menurun</p> <p>7) Kadar sel darah putih</p>	<p>Pencegahan infeksi I.14539</p> <p>Observasi :</p> <p>2.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sitemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2.2 Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>2.3 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>2.4 Cuci tangan sebelum dan setelah tindakan keperawatan</p>

		dalam batas normal	2.5 Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi : 2.6 Ajarkan mencuci tangan dengan benar
3.	Risiko gangguan integritas kulit b.d bahan kimia iritatif D.0139	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kemampuan untuk mencegah meningkat dengan Kriteria hasil : L.14128 1) Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko meningkat 2) Kemampuan untuk mengidentifikasi faktor resiko meningkat 3) Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat	Edukasi pencegahan infeksi I.12406 Observasi: 3.1 Periksa kesiapan dan deteksi dini infeksi pada pasien beresiko Terapeutik: 3.2 Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan resiko infeksi di rumah sakit 3.3 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga 3.4 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 3.5 Jelaskan tanda gejala infeksi local dan sistemik 3.6 Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi

Tabel 2.3 Intervensi post kemoterapi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
4	Nausea b.d efek agen farmakologis D.0076	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nausea pasien menurun terhadap perubahan citra tubuh yang di alami	Menejemen Mual I.03117 Observasi : 4.1 Identifikasi pengalaman mual 4.2 Identifikasi

		<p>dengan Kriteria hasil : L.08065</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nafsu makan meningkat 2) Keluhan mual menurun 3) Frekuensi menelan meningkat 4) Perasaan asam dimulut menurun 5) Takikardia membaik 	<p>pengalaman mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan)</p> <p>4.3 Monitor mual</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4.4 Kendalikan factor lingkungan penyebab mual</p> <p>Edukasi :</p> <p>4.5 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>4.6 Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu</p>
5	<p>Gangguan citra tubuh b.d tindakan/pe ngobatan D.0083</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi tentang penamilan pasien meningkat dengan Kriteria hasil : L.09067</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melihat bagian tubuh meningkat 2) Pasien mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuhnya menurun 3) Focus pada penampilan meningkat 4) Hubungan social meningkat 5) Menyembunyikan bagian tubuh menurun 	<p>Promosi citra tubuh I.09305</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifi-kasi harapan citra tubuh berdasarkan tahapan perkembangan 5.2 Monitor frekuensi pasien mengkritik terhadap dirinya sendiri <p>Terapeutik :</p> <p>5.3 Diskusikan tentang perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.4 Jelaskan kepada pasien dan keluarga perawatan perubahan citra tubuh 5.5 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 5.6 Latih peningkatan penampilan
6	<p>Resiko defisit nutrisi d.d keengganan untuk</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mual muntah pasien menurun dengan kriteria hasil : L.03030</p>	<p>Menejemen Gangguan makanan I.03111 I.03119</p> <p>Observasi :</p> <p>6.1 Monitor asupan dan</p>

makan D.0032	1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2) Pasien mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan nutrisi 3) Perasaan cepat kenyang sedang 4) Rambut rontok menurun 5) Frekuensi makan meningkat 6) Nafsu makan membaik	keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori Terapeutik : 6.2 Timbang berat badan secara rutin 6.3 Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku Edukasi : 6.4 Ajarkan pengaturan diet yang tepat Kolaborasi : 6.5 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 kolaboratif
- c. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

5. Evaluasi

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). 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.

Tugas dari evaluator adalah melakukan evaluasi, menginterpretasi data sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi untuk membuat keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan (Nurhayati, 2011).

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 adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk *review* kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi dengan Ca Rektum. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subjek penelitian

Responden dalam penelitian keperawatan ini yaitu pasien kemoterapi dengan ca rektum merupakan individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria subyek penelitian yang akan dipilih, sebagai berikut:

1 . Kriteria inklusi, meliputi:

- a. Pasien kemoterapi dengan ca rektum.
- b. Pasien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.
- c. Subyek pasien terdiri dari 2 orang dengan ca rektum yang di rawat inap.
- d. Pasien yang menjalani pre ,intra dan post kemoterapi.

2. Kriteria eksklusi, meliputi:

- a. Pasien tidak kooperatif
- b. Pasien tidak bersedia menjadi responden

c. Pasien dengan penurunan kesadaran

C. Batasan istilah (definisi operasional)

Definisi operasional menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum yang di Rawat di Rumah Sakit”.

1. Variabel bebas: Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistic, dan berdasarkan kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien serta dilandasi kode etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Dalam proses perawatan, asuhan keperawatan dilaksanakan dalam beberapa tahap yang meliputi Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan (Intervensi), Pelaksanaan (Implementasi), Evaluasi.

2. Variabel terikat: Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum

Ca rektum adalah pertumbuhan sel abnormal atau maligna pada daerah rektum, factor predisposisi berkaitan dengan pola makan yang kurang serat, berlemak, terdapatnya polip dan factor usia, untuk menentukan stadium dan keparahan dilakukan tindakan pembedahan. Setelah tindakan pembedahan

maka salah satu penatalaksanaan yang dilakukan adalah kemoterapi. Pada kasus ini untuk menentukan Ca Rektum adalah berdasarkan rekam medis pasien yang telah didiagnosis oleh dokter. Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum adalah pasien yang menjalani pre, intra dan post kemoterapi.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Kemoterapi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo pada pasien 1 tanggal 14 Oktober- 16 Oktober 2019 dan pada pasien 2 tanggal 18 September – 19 September 2019.

E. Prosedur penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

1. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian dengan metode review kasus.
2. Mahasiswa melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data dengan review kasus.
3. Mahasiswa melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
4. Mahasiswa melakukan konsultasi kepada pembimbing.
5. Setelah disetujui mahasiswa kemudian membuat review kasus dari kedua subjek.
6. Mahasiswa melakukan analisis asuhan keperawatan pada kasus pasien 1 dan pasien 2

F. Metode dan instrumen pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data pada penyusunan literature review ini yaitu melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan melalui media internet kemudian mereview kasus dari kedua subjek.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Dorothea E Orem, penegakkan diagnosa menggunakan SDKI dan intervensi menggunakan SIKI & SLKI, melakukan pelaksanaan dan evluasi.

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 waktu pengamatan atau tindakan minimal selama tiga hari, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang di teliti.

H. Analisis data

Analisis data merupakan hal yang kritis dalam proses penelitian kualitatif, sehingga hipotesis dapat dikembangkan dan dievaluasi menurut Stainback dalam (Sugiyono, 2015).

Pada penelitian analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Dalam mengemukakan data dikelompokkan berdasarkan data subjektif yang berasal dari pasien atau keluarga dan data objektif yang berasal dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Dari data hasil pengkajian selanjutnya mengelompokan data dengan menganalisa data yang sesuai untuk menegakkan diganosa keperawatan. Setelah menegakkan diagnosa keperawatan selanjutnya peneliti membuat rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Kemudian membuat rencana asuhan keperawatan, barulah melakukan tindakan asuhan keperawatan guna mngurangi keluhan yang ada. Tindakan dilakukan sesuai standar operasional, di akhir peneliti membuat hasil evaluasi penelitian.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti *mereview* hasil data dan pembahasan kasus dari Selvy Lazuarti (Laporan praktik klinik semester V) dan kasus Febriana Indah Sari (Laporan praktik klinik semester V) tahun 2019 yang selanjutnya akan diuraikan hasil dan pembahasan mengenai data umum tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

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: intalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan UGD 24 jam.

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 pasien yang terbagi menjadi tempat tidur 1 hingga 8 untuk pasien laki-laki dan tempat tidur 9 hingga 17 untuk pasien perempuan, 1 ruang tindakan, ruang makan dan dapur dan ruang perawat (nurse station).

Kasus yang dirawat di ruangan kemoterapi meliputi kasus pasien kanker yang menjalani program kemoterapi.

Pada sub-sub ini akan dijelaskan sebagai berikut:

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

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

DATA ANAMNESIS	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. S	Tn. M
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Umur	48 Tahun	72 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Supir	Pensiunan
Agama	Islam	Protestan
Pendidikan Terakhir	SMK	SD
Alamat	Jl. Handil Tarun Kel. Teritib	Mekar Sari
Diagnosa Medis	Ca Rektum	Ca Rektum
Nomor Register	75 80 XX	39 43 XX
MRS/ Tgl Pengkajian	13 Oktober 2019/ 14 Oktober 2019	17 September 2019/ 18 September 2019
Keluhan utama	Pasien mengatakan diare dan nyeri perut	Pasien mengatakan BAB cair 4 kali
Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan awalnya berobat ke rumah sakit Tentara karna diare berlebih dibulan Oktober 2018, lalu dirujuk ke RSKD tetapi	Pasien mengatakan pada bulan Mei 2019 sering merasakan sakit perut dan gangguan pada BAB dan pernah mengalami BAB berdarah dan dibawa ke RS Pertamina

Riwayat penyakit sekarang	ada kendala, kemudian pasien berobat ke Jawa . Setelah kembali dari Jawa pasien berobat ke RSKD lagi karena diare ,BAB darah. Kemudian dianjurkan untuk oprasi (Kolostomi) lalu melakukan kemoterapi siklus 1, setelah itu di hubungi untuk melakukan radioterapi di Samarinda, setelah selesai radioterapi pasien kembali ke RSKD untuk kontrol . Setelah kontrol ternyata disuruh untuk melakukan kemo siklus II kemo ke 4	untuk berobat lalu dirujuk ke RSKD untuk pemeriksaan lanjutan, setelah itu dilakukan oprasi laparatomi + colostomi pada tanggal 16 Juli 2019 dan setelah itu dilakukan kemoterapi
Riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan	Pasien mengatakan memiliki hipertensi
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan Keluarga ada yang mengalami Ca Rektum.	Pasien mengatakan Keluarga ada yang memiliki hipertensi.
Genogram	Kedua orang tua pasien 1 telah meninggal dunia, pasien anak ke 4 dari 4 bersaudara ,kakak pertama laki-laki, kedua laki-laki, kakak ketiga perempuan . kedua Orang tua istri telah meninggal dunia ,istri anak pertama dari 6 bersaudara, dengan 2 adik perempuan dan 3 adik laki-laki. Pasien tinggal satu rumah dengan istri dan 5 orang anak, 4 anak perempuan dan 1 anak laki-laki	Kedua orang tua pasien 2 telah meninggal dunia, pasien anak ke 2 dari 5 bersaudara ,kakak pertama laki-laki telah meninggal, dan 2 orang adik laki-laki dan 1 perempuan. kedua Orang tua istri telah meninggal dunia ,istri anak ketiga dari 3 bersaudara, kakak pertama telah meninggal, kakak kedua laki-laki . Pasien tinggal satu rumah dengan istri dan 3 orang anak, 1 laki-laki dan 2 perempuan
Psikososial	Pasien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan	Pasien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain

Psikososial	lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan pasien adalah istrinya. Ekspresi pasien terhadap penyakitnya yaitu tidak ada masalah. pasien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan pasien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.	sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan pasien adalah anaknya. Ekspresi pasien pada penyakitnya tidak ada masalah. pasien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan pasien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.
Personal Hygiene dan Kebiasaan	Saat di rumah pasien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 1 kali sehari, sikat gigi sebanyak 1 kali sehari dan keramas sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali. Saat ini pasien merokok dan tidak meminum minuman beralkohol.	Saat di rumah Klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 1 kali sehari, dan sikat gigi sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku jika panjang saja. Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak meminum minuman beralkohol
Spiritual	Sebelum sakit pasien sering untuk beribadah, selama sakit pasien mengatakan kadang kadang beribadah	Sebelum sakit pasien sering untuk beribadah begitupun selama ia sakit

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas pasien. Pada Pasien 1 bernama Tn. S berusia 48 tahun, berjenis kelamin laki – laki, masuk rumah sakit pada tanggal 13 Oktober 2019 dan dilakukan

pengkajian pada tanggal 14 Oktober 2019 dengan diagnosa medis Ca Rektum. Sedangkan pada Pasien 2 bernama Tn. M berusia 72 tahun, berjenis kelamin laki – laki, masuk rumah sakit pada tanggal 17 September dan dilakukan pengkajian pada tanggal 18 September 2019 dengan diagnosa medis Ca Rektum.

Pada pengkajian riwayat kesehatan pada Pasien 1 keluhan utama ditemukan Pasien mengeluh diare dan nyeri perut pada Pasien 2 keluhan utama ditemukan Pasien mengeluh BAB cair 4 kali. Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data Pasien 1 sekarang Pasien dirawat untuk kemoterapi dengan keluhan diare dan nyeri perut. Sedangkan pada Pasien 2 didapatkan data dari riwayat penyakit sekarang yaitu Pasien dirawat untuk kemoterapi ketiga dengan keluhan BAB cair 4 kali.

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu ditemukan data Pasien 1 tidak memiliki riwayat penyakit dahulu dan Pasien 2 memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pada riwayat penyakit keluarga Pasien 1 riwayat penyakit keluarga ada yang mengalami Ca Rektum dan Pasien 2 riwayat penyakit keluarga ada yang mengalami Hipertensi.

Pada pengkajian data psikososial pada Pasien 1 dan Pasien 2 tidak ditemukan masalah keperawatan pola komunikasinya baik, Pasien dapat berinteraksi dengan kooperatif dan tidak ada gangguan pada konsep diri.

Pada pengkajian data Personal hygiene dan kebiasaan Pasien 1 dan pasien 2 tidak ditemukan masalah. Pasien 1 adalah seorang perokok dan pasien 2 tidak merokok, dan pada pasien 1 dan pasien 2 tidak memiliki riwayat kebiasaan meminum minuman beralkohol. Pada pengkajian spiritual pada pasien 1 dan pasien 2 tidak ditemukan masalah, sebelum sakit dan selama di rumah sakit pasien selalu beribadah.

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

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
1. Keadaan umum	Sedang Terpasang infus dan Kantung Kolostomi	Sedang Terpasang infus dan Kantung Kolostomi
2. Kesadaran	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5
3. Tanda-tanda vital	TD : 110/90 mmHg Nadi : 112x/menit Suhu : 36,7°C RR : 20x/menit MAP : 96 mmHg	TD : 130/80 mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,8°C RR : 18x/menit MAP : 96 mmHg
4. Kenyamanan/nyeri	Pasien mengatakan nyeri akibat ca rektum ,nyeri seperti diremas-remas, dibagian abdomen dengan skala 3 ,nyeri hilang timbul	Tidak ada nyeri.
5. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi <i>Barthel Indeks</i>	Nilai skor : 20 Kategori ketergantungan : Mandiri	Nilai skor : 18 Kategori ketergantungan : Ketergantungan sedang
6. Pemeriksaan kepala a. Rambut	Bentuk kepala pasien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala pasien, fingerprint di tengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna hitam beruban , tidak mudah patah, tidak bercabang, cerah, tidak rontok.	Bentuk kepala pasien bulat, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala pasien, kulit kepala bersih, penyebaran rambut tidak merata, warna hitam beruban (dominan putih),tidak bercabang, cerah, tidak rontok.
b. Mata	Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan	Mata lengkap dan simetris kanan dan kiritidak ada

	pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva anemia, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor	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 cokelat gelap, terdapat 2 gigi seri yang tanggal, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar	Bibir berwarna cokelat gelap, gigi lengkap, lidah berwarna merah muda, mukosa kering, 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, pasien 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, pasien dapat mendengar suara gesekan jari.
7. Pemeriksaan Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba pada leher bagian kanan, tiroid tidak teraba, posisi trakea terletak di tengah.	Kelenjar getah bening tidak teraba pada leher bagian kanan, tiroid tidak teraba, posisi trakea terletak di tengah.
8. Pemeriksaan thorak: Sistem Pernafasan	Pasien 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. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat pasien mengucap tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal	Pasien tidak ada sesak, tidak ada batuk. Bentuk dada simetris, frekuensi 18x/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 pasien mengucap tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal
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	Tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik, ujung jari tidak tabuh. Ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba di ICS V linea

	<p>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. Pasien 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. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat pasien mengucap tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal</p>	<p>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. Pasien 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. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat pasien mengucap tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal</p>
<p>10. Pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi</p>	<p>BB : 70 kg TB : 175 cm IMT : 22,8 (kategori : normal), total skor parameter : 0 Pasien BAB 5-6x konsentrasi cair, jenis diet lunak, nafsu makan baik dengan frekuensi 3x sehari, porsi makan habis</p>	<p>BB : 75 kg TB : 168 cm IMT : 26.6 (kategori : berat badan lebih), total skor parameter: 2 Pasien BAB 4x, konsistensi cair, jenis diet lunak, nafsu makan menurun dengan frekuensi 3x sehari, porsi makan tidak habis. Perut terasa kembung.</p>
<p>Abdomen</p>	<p>Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa, tidak ada bayangan vena, peristaltic usus 12x/menit terdengar lambat, palpasi abdomen teraba keras, terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak</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</p>

	ada nyeri tekan pada Mc.Berney, suara abdomen tympani, tidak ada asites. Terdapat kolostomi di abdomen regio 9(Kiri bawah)	ada asites. Terdapat kolostomi.
11. Sistem Persyarafan	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 Pasien dapat membedakan bau, nervus II Pasien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kacamata, nervus III Pasien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Pasien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Pasien dapat menelan, nervus XI Pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, dan nervus XII Pasien 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	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. Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I Pasien dapat membedakan bau, nervus II Pasien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kacamata, nervus III Pasien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Pasien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Pasien dapat menelan, nervus XI Pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, dan nervus XII Pasien 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

	<p>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>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. Pasien tidak terpasang kateter, produksi urine 2000 ml/hari, warna kuning jernih dan bau khas. Tidak ada nyeri tekan dan pembesaran pada kandung kemih.</p>	<p>Bersih, tidak ada keluhan berkemih. Pasien tidak terpasang kateter, produksi urine 1500 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: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">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 risiko decubitus adalah 21 (kategori : low risk)</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 3.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3</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 risiko decubitus adalah 20 (kategori : low risk)</p>	3	3	3	3
5	5									
5	5									
3	3									
3	3									
14. Sistem Endokrin	<p>Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening bagian leher sebelah kanan. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka</p>	<p>Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat</p>								

	sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.	amputasi sebelumnya.
15. Seksualitas dan Reproduksi a. Payudara	Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna aerola kehitaman, 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 pembesaran pada kelenjar prostat.	Tidak ada pembesaran pada kelenjar prostat.
16. Keamanan Lingkungan	Total penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 0 (kategori: rendah)	Total penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 30 (kategori: sedang)

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada pemeriksaan kenyamanan pada pasien 1 ditemukan masalah nyeri karna Ca seperti diremas-remas dibagian abdomen dengan skala 3 nyeri hilang timbul dan Pasien 2 tidak ada keluhan nyeri. Pada pemeriksaan system pencernaan pada pasie 1 berat badan normal dengan BAB 5-6 kali konsentrasi cair, nafsu makan baik , makan 3 kali sehari selalu habis dan pasien 2 berat badan berlebih dengan BAB 4 kali konsentrasi cair , nafsu makan menurun, makan 3 kali sehari tidak habis.

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

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	Pada tanggal 11 Oktober 2019 - Hemoglobin: 12.1 g/dL - Hematokrit: 37.1% - Trombosit: 84 10 ³ /uL	Pada tanggal 17 September 2019 - Leukosit: 3.350 10 ³ /uL - Trombosit: 99.000 10 ³ /uL - SGOT: 50 - SGPT: 45

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 4.3 ditemukan data pada pasien 1 dan pasien 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium. Pada pasien 1 pemeriksaan laboratorium pada tanggal 11 Oktober 2019 dengan hasil yang normal dan pada pasien 2 pemeriksaan laboratoriumnya tanggal 17 September 2019 didapatkan juga hasil yang normal, sehingga keduanya dapat dilakukan kemoterapi.

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

Pasien 1	Pasien 2
Pada tanggal 14 Oktober 2019 - Dexamitason 5 mg (pre dan post) - Ondansentron 8 mg (pre dan post) - Omeprazol 40 mg (pre dan post) - Diphenhidramin 10 mg (pre) - Lodia 2 tablet - Belloxa 140 mg - Leucopurin 720 mg - 5 FU 720 mg - Ca Gluconas 1 amp (iv)	Pada tanggal 18 September 2019 - Amlodipin 1x10mg - Candesartan 1x8 - Afamed 2x1 - Lodia 2 tablet - Curcuma 3x1 - Vie Albumin 2x1 - Neurodex 2x1 - Hemobion 2x1 - 5 FU

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada pasien 1 yaitu obat pre dan post medikasi, Injeksi Ca Gluconas, obat kemoterapi dan lodia. Sedangkan terapi pemberian

obat pada pasien 2 yaitu amlodipin, candesartan, afamed, lodia, curcuma, vie albumin, neorodex, hemobion dan obat kemoterapi.

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

No Urut	Pre Kemoterapi			
	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1.	14 Oktober 2019	Diare b.d agen fisiologi (D.0020) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : a. Subjektif : - Pasien mengatakan dirinya sejak tadi malam diare - Pasien mengatakan BAB dengan konsentrasi cair kurang lebih 4-5 kali - Pasien mengatakan kadang BAB keluar darah dan lendir b. Objektif : - Pasien tampak lemah dan tidur terus - KU : Sedang, kesadaran compos mentis - TD : 110/80 mmHg Nadi : 112x/menit Suhu : 36,7°C RR:20x/menit		-

		Bising usu: 12x/menit		
2.	14 Oktober 2019	Nyeri kronis b.d gangguan fungsi metabolik (D.0078) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : a. Subjektif : - Pasien mengatakan terkadang nyeri perut bisa dikontrol. b. Objektif : - Pasien tampak meringis - TTV TD : 110/80 mmHg Nadi : 112x/menit Suhu : 36,7°C RR:20x/menit - P: karena Ca Q: Nyeri seperti diremas- remas R: Abdomen S: 3 T: H		
Intra Kemoterapi				
No Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1.	15 Oktober 2019	Risiko infeksi d.d Peningkatan paparan organisme patogen (D.0142) Batasan karakteristik (factor risiko) : a. Subjektif : Pasien mengatakan ada luka bekas operasi	18 September 2019	Diare b.d malabsorsi (D.0020) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : a. Subjektif : Pasien mengatakan BAB cair 4 kali b. Objektif :

		kolostomi. b. Objektif : Op. Kolostomi abdomen kanan dalam keadaan baik		Feses tampak cair di kantung kolostomi
No Urut	Post Kemoterapi			
	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
			18 September 2019	Nausea b.d rasa makanan yang tidak enak(D.0076) Batasan karakteristik (factor risiko) : a. Subjektif: Pasien mengatakan mual setelah kemoterapi dan malas makan karna terasa hambar b. Objektif: pasien tampak gelisah
			18 September 2019	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142) Batasan karakteristik (factor risiko) : a) Subjektif : Pasien mengatakan oprasi laparatomi untuk pemasangan kantong kolostomi pada tanggal 16 Juli 2019 b) Objektif : Tampak terpasang kantong kolostomi

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada Pasien 1 ditegakkan 2 diagnosa keperawatan pada pre kemoterapi, pada intra 1 diagnosa , dan post kemoterapi tidak ditemukan diagnosa keperawatan. Urutan diagnose keperawatan pada pre kemoterapi yaitu, Diare berhubungan dengan agen fisiologis, nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik dan pada intra yaitu, resiko infeksi dibuktikan dengan peningkatan organisme patogen lingkungan.

Sedangkan pada Pasien 2 tidak ditemukan diagnosa di pre kemoterapi ,di intra kemoterapi ditemukan 1 diagnosa keperawatan dan 2 diagnosa keperawatan pada post kemoterapi. Urutan diagnose keperawatan pada intra kemoterapi yaitu, Diare berhubungan dengan malabsorsi, pada post kemoterapi yaitu, Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive dan nausea berhubungan dengan rasa makanan yang tidak enak. Terdapat kesamaan diagnosa keperawatan yaitu diare dan resiko infeksi antara pasien 1 dan pasien 2.

c. Perencanaan

Tabel 4.6 Perencanaan Pasien Kemoterapi dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Pasien 1 (Pre Kemoterapi)			
14 Oktober 2019 Pre Kemoterapi	Diare b.d agen fisiologis (D0020)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan diare dapat teratasi dengan kriteria	1.1 Monitor TTV 1.2 Jelaskan kepada pasien penyebab diarenya 1.3 Kaji pola

		<p>hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defekasi dapat dilakukan satu kali sehari 2. Konsistensi BAB lembek 	<p>eliminasi setiap hari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pemberian obat anti diare
14 Oktober 2019 Pre Kemoterapi	Nyeri kronis b.d gangguan fungsi metabolik (D0078)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat mengontrol nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri berkurang 3. Pasien mengetahui penyebab nyeri 4. Pasien mengatakan nyaman setelah nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji nyeri secara komprehensif 2.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 2.3 Monitor TTV 2.4 Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 2.5 Ajarkan teknik non farmakologis 2.6 Kolaborasi pemberian analgesik
14 Oktober 2019 Intra Kemoterapi	Risiko infeksi d.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan (D0142)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadinya tanda-tanda infeksi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat mencegah atau menurunkan resiko infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1. observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan 3.2. tekankan pentingnya cuci tangan
Pasien 2			
18 September 2019 Intra Kemoterapi	Diare b.d malabsorpsi (D0020)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan diare dapat diatasi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Feses menjadi normal 2. Pasien tampak tenang 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi penyebab diare (Mis. Inflamasi gastrointestinal), malabsorpsi, stress, efek obat-obatan. 1.2. Identifikasi riwayat pemberian makan 1.3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 1.4. Monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis. Takikardia,

			<p>nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mukosa mulut kering)</p> <p>1.5. Berikan asupan cairan oral (mis. Larutan garam, gula, oralit)</p> <p>1.6. Berikan cairan intravena (mis. Rinser Laktat)</p> <p>1.7. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>1.8. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas</p> <p>1.9. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas</p>
18 September 2019 Post Kemoterapi	Nausea b.d rasa makanan yang tidak enak (D0076)	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Pasien mengatakan tidak mual dan muntah</p>	<p>2.1 Lakukan pengkajian lengkap rasa mual dan faktor yang menyebabkan pasien mual</p> <p>2.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari dan pola tidur pasien</p> <p>2.3 Anjuran makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat</p> <p>2.4 Anjurkan pasien mengurangi jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual</p> <p>2.5 Berikan istirahat dan tidur yang adekuat untuk mengurangi mual</p> <p>2.6 Kolaborasi pemberian ondansetron omz iv jika mual</p>
18 September 2019 Post Kemoterapi	Resiko infeksi d.d efek prosedur invasive (D0142)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tidak terjadinya tanda-tanda infeksi</p> <p>Kriteria hasil : Daerah sekitar insisi bersih</p>	<p>3.1 Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak</p> <p>3.2 Identifikasi karakteristik drainase</p>

		<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mual dan muntah 	<ol style="list-style-type: none"> 3.3 Monitor tanda gejala infeksi 3.4 Bersihkan area insisi dengan oembersih yang tepat 3.5 Bersihkan (anjurkan keluarga untuk membersihkan area disekitar tempat pembuangan 3.6 Ganti balutan luka sesuai jadwal 3.7 Ajarkan cara merawat luka insisi
--	--	---	--

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

d. Pelaksanaan

Tabel 4.7 Implementasi keperawatan Pasien 1 Kemoterapi dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<p>Hari 1 Seni, 14 Oktober 2019 09.30 WITA</p>	<p>3.8 Monitor TTV 2.1 Kaji nyeri secara kopersihensif 1.2 Jelaskan pada pasien penyebab diare</p>	<p>DS : Pasien mengatakan dirinya diare dari semalam dan nyeri perut DO : - Pasien tampak lemah - TD : 110/90 mmHg Nadi : 112x/menit Suhu : 36,7 °C RR : 20x/menit</p>
<p>12.30 WITA</p>	<p>1.3 Kaji pola eliminasi pasien 2.2 Observasi non verbal dan ketidaknyamanan 2.3 Monitor TTV 2.5 Ajarkan teknik non farmakologis</p>	<p>DS : - Pasien mengatakan hari ini sudah BAB 6 kali - Pasien mengatakan faham apa yang diajarkan DO : Pasien dapat mengulang kembali apa yang diajarkan - TD : 110/70 mmHg Nadi : 104x/menit Suhu : 36,4 °C RR : 20x/menit</p>

13.00 WITA	1.4 Pemberian obat diare 2.6 Kolaborasi pemberian analgesik	DS: - DO: Pasien tampak tenang ketika dimasukkan obat
Selasa, 15 Oktober 2019 09.45 WITA	1.1 Monitor TTV 1.3 Kaji pola eliminasi 2.1 Kaji nyeri 2.4 Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	DS : - Pasien mengatakan diare sudah berkurang tetapi nyeri masih DO : - Pasien tampak rilex - TD : 120/80 mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,4 °C RR : 20x/menit -
10.15 WITA	2.6 Pemberian analgetik	DS: - DO : Pasien tampak tenang saat dimasukkan obat
12.45 WITA	3.1 Observasi Tanda-tanda infeksi 3.2 Ajarkan dan tekankan pentingnya cuci tangan	DS: Pasien mengatakan ia nw DP kolostomi DO: Luka pasien tampak tidak terjadi infeksi
Rabu 16 Oktober 2019 15.00 WITA	1.1, 2.3 Monitor TTV 1.3 Kaji pola eliminasi pasien 2.1 Kaji nyeri	DS : Pasien mengatakan BAB 3x sehari DO : - Ku : sedang, kesadaran compos mentis - TD : 100/80 mmHg Nadi : 75x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit
17.30 WITA	2.6 Kolaborasi pemberian analgetik	DS: DO: Pasien tampak tenang ketika dimasukkan obat

Pada tabel 4.7 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Pasien sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Pasien 1 selama 3 hari dimana 1 hari perawatan pre dan intra kemoterapi dan 1 hari perawatan

post kemoterapi. Implementasi dilakukan pada tanggal 14 Oktober 2019 sampai 16 Oktober 2019.

Tabel 4.8 Implementasi keperawatan Pasien 2 Kemoterapi dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Rabu, 18 September 2019 16.30 WITA	1.1. Identifikasi penyebab diare	DS : Pasien mengatakan diare 4 kali DO : Pasien tampak terbaring
16.35 WITA	1.3 Monitor warna, volume, frekuensi, konsentrasi tinja	DS : Pasien mengatakan BAB 4 kali DO : Konsentrasi tinja cair
16.40 WITA	1.7 Anjurkan makan porsi kecil dan sering	DS : Pasien mengatakan makan dengan porsi kecil DO : Tampak porsi makan tidak habis
18.30 WITA	2.1 Lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor yang menyebabkan pasien mual	DS : Pasien mengatakan mual sejak pukul 18.00 dan semakin meningkat akibat faktor setelah kemoterapi DO : Pasien tampak terbaring lemas
18.35 WITA	2.7 Kolaborasi pemberian ondansentron 4mg (iv) 2.3 Anjurkan makan sering dengan makanan dalam keadaan hangat 2.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien	DS : -Pasien mengatakan masih terasa sedikit mual DO : Pasien tampak terbaring lemas DS: Pasien mengatakan tidak menghabiskan porsi makanan karena rasa makanan hambar DO: Pasien tampak tidak menghabiskan makanan. DS: Pasien mengatakan rasa makanan tidak enak/hambar
19 September 2019 14.30 WITA	3.3 Monitor tanda dan gejala infeksi	DS : Pasien mengatakan luka operasi selalu bersih DO : Pasien tampak tenang dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi
15.30 WITA	3.7 Ajarkan cara merawat area insisi	DS : Pasien mengatakan mengerti cara merawat area insisi DO : Pasien tampak di bantu keluarga merawat area insisi

Pada tabel 4.8 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Pasien sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Pasien 2 dilaksanakan selama 2 hari yaitu, tanggal 18 September 2019 sampai 19 September 2019 yang dilakukan secara komperhensif.

e. Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 1 Kemoterapi dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Rabu, 16 Oktober 2019 19.00	Dx 1 Diare b.d agen fisiologis(D0020)	S : Pasien mengatakan diare sudah berkurang dan dapat terkontrol O : - Pasien tampak kooperatif - TD : 100/80 mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit A : Masalah teratasi P :Hentikan intervensi (pasien pulang)
	Dx 2 Nyeri kronis b.d gangguan fungsi metabolik (D0078)	S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang O : - Pasien tampak relax A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi (pasien pulang)
	Dx 3 Risiko infeksi b.d Efek prosedur invasive (D.0142)	S : Pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan dan akan mencoba hal tersebut O : Tidak tampak terjadi infeksi A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi (pasien pulang).

Berdasarkan tabel 4.8 di atas bahwa pada pasien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Evaluasi pre, intra dan post kemoterapi pada pasien 1 menunjukkan 3 diagnosa teratasi yaitu diare, nyeri kronis dan resiko infeksi yang teratasi pada hari ke 3 perawatan.

Tabel 4.10 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 2 Kemoterapi dengan Ca Rektum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Rabu, 18 September 2019 09.30	Dx 1 Diare b.d malabsorsi (D0020)	S : - Pasien mengatakan BAB cair sudah berkurang dan hanya BAB 1 kali setelah diberikan obat O : - Pasien tampak tenang A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.1 1.3 1.8
	Dx 2 Nausea b.d rasa makanan yang tidak enak (D0076)	S : Pasien mmengatakan mual sudah berkurang tetapi pola makan belum bisa habis karena rasa makanan masih terasa hambar O : - Pasien tampak tenang A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 2.1 2.2 2.6
Kamis, 19 September 2019	Dx 3 Resiko infeksi d.d efek prosedur invasive (D0142)	S : - Pasien mengatakan area insisi selalu dibersihkan O : - Tidak tampak tanda dan gejala infeksi A : Masalah teratasi

		P : Hentikan intervensi
--	--	-------------------------

Berdasarkan tabel 4.10 di atas bahwa pada pasien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari di rumah sakit. Evaluasi pre, intra dan post kemoterapi pada pasien 2 menunjukkan 1 diagnosa teratasi yaitu risiko infeksi yang teratasi pada hari ke 2 perawatan. Diare teratasi sebagian dan melanjutkan intervensi di hari selanjutnya, diagnosa nausea dihari pertama masih teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan hingga akhir perawatan.

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus *review* ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan kasus pasien kemoterapi dengan Ca Rektum yang telah dilakukan sejak tanggal 14 s/d 16 Oktober 2019 dan 18 s/d 19 September 2019 di Ruang Kemoterapi RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan.

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari senin 14 Oktober 2019 sedangkan pada pasien 2 dilakukan pada Rabu 18 September 2019. pasien 1 berusia 48 tahun dan pasien 2 berusia 72 tahun. Berdasarkan hasil riwayat kesehatan keluhan utama pada pasien 1 yaitu diare dengan nyeri perut dan pasien 2 hanya diare. Hal ini sesuai dengan teori (Smeltzer, Burke, Hinkle & Cheever, 2010) gejala Ca Rektum yaitu perubahan kebiasaan defekasi.

Pada pasien 1 dan 2 untuk riwayat penyakit sekarang memiliki kesenjangan dengan teori, menurut hasil analisa peneliti pada pasien 1, Pasien mengatakan awalnya berobat ke rumah sakit Tentara karna diare berlebih dibulan Oktober 2018, lalu dirujuk ke RSKD tetapi ada kendala, kemudian pasien berobat ke Jawa . Setelah kembali dari Jawa pasien berobat ke RSKD lagi karena diare ,BAB darah. Kemudian dianjurkan untuk oprasi (Kolostomi) lalu melakukan kemoterapi siklus 1, setelah itu di hubungi untuk melakukan radioterapi di Samarinda, setelah selesai radioterapi pasien kembali ke RSKD untuk kontrol . Setelah kontrol ternyata disuruh untuk melakukan kemo siklus II kemo ke 4

Pada pasien 2, Pasien mengatakan pada bulan Mei 2019 sering merasakan sakit perut dan gangguan pada BAB dan pernah mengalami BAB berdarah dan dibawa ke RS Pertamina untuk berobat lalu dirujuk ke RSKD untuk pemeriksaan lanjutan, setelah itu dilakukan oprasi laparatomi + colostomi pada tanggal 16 Juli 2019 dan setelah itu dilakukan kemoterapi.

Hal ini tidak sesuai dengan teori, menurut Prianto (2015) Riwayat penyakit sekarang merupakan rincian dari keluhan utama yang berisi tentang riwayat perjalanan pasien selama mengalami keluhan, yaitu penjelasan dari permulaan pasien merasakan keluhan sampai dengan dibawa kerumah sakit.

Untuk riwayat penyakit keluarga pada pasien 1 mengatakan keluarganya ada yang menderita Ca Rektum tetapi di pengkajian tidak dijelaskan spesifiknya siapa yg menderita Ca Rektum. Riwayat penyakit keluarga pada pasien 2, pasien mengatakan keluarganya ada yang menderita hipertensi.

Pada pemeriksaan sistem abdomen pasien 1 terpasang kolostomi yang dipasang dibulan Februari 2019 di regio 9 dan auskultasi peristaltik usus 12x/menit. Pada pasien 2 abdomen terpasang kolostomi yang dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019 dan auskultasi usus 14x/menit penulis tidak menuliskan di bagian mana letak kolostomi pasien 2.

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien 1 yaitu: TD : 110/90 mmHg, Nadi : 112x/menit, Suhu : 36,7°C, RR : 20x/menit ,MAP :96 mmHg dan pada pasien 2 TD : 130/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, Suhu : 36,8°C, RR : 18x/menit, MAP : 96 mmHg.

Pada pemeriksaan laboratorium pada pasien 1 pemeriksaan dilakukan pada tanggal 11 Oktober 2019 dengan hasil: Hemoglobin: 12.1 g/dL, Hematokrit: 37.1, Trombosit: 84 . Terdapat kesenjangan pada pasien 2, pemeriksaan dilakukan pada tanggal 17 September 2019 dengan hasil: Leukosit: 3.350, Trombosit: 99.000, SGOT: 50, SGPT: 45 . Pada pasien 2

tidak terdapat hasil pemeriksaan Hemoglobin hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Makasudede (2018) Sebelum menjalani pengobatan kemoterapi maka terlebih dahulu pasien dilakukan pemeriksaan darah yang menunjukkan hemoglobin lebih dari 10g%, leukosit lebih dari 5000/mm³ , dan trombosit lebih dari 150.000/mm³, dan keadaan umum pasien harus baik sebelum menjalani kemoterapi.

Pada tabel hasil penatalaksanaan pada pasien 1 terdapat 4 obat pre dan post medikasi atau obat yang diberikan sebelum dan sesudah dilaksanakannya kemoterapi yaitu Dexamitason 5 mg , Ondansentron 8 mg, Omeprazol 40 mg, dan Diphenhidramin 10 mg untuk pre medikasi saja. Pada pasien 2 terdapat kesenjangan pada data hasil penatalaksanaan tidak terdapat obat pre dan post medikasi . Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Hidayatullah (2015) pada pengobatan kanker dengan kemoterapi, sebelumnya diberikan obat sebagai premedikasi untuk menjaga kondisi pasien sehingga dapat menjalani kemoterapi dengan baik tanpa mengalami efek samping.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien 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 pasien 1 dan pasien 2. Menurut (Pratiwi, 2017) dan (Usohin, Falah, & Dasong, 2018), diagnosa keperawatan yang muncul pada pre kemoterapi penderita Ca Rektum terdapat 1 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu : ansietas. Diagnosa keperawatan yang muncul pada intra kemoterapi yaitu : risiko infeksi. Serta diagnosa yang muncul pada post kemoterapi yaitu : nausea, gangguan citra tubuh dan resiko defisit nutrisi.

Diagnosa keperawatan pre kemoterapi pada pasien 1 terdapat 2 diagnosa keperawatan yaitu diare berhubungan dengan agen fisiologis, nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik dan 1 diagnosa intra kemoterapi yaitu resiko infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen. Pada pasien 2 tidak ditemukan diagnosa pre kemoterapi , terdapat 2 diagnosa intra kemoterapi dan 1 diagnosa post kemoterapi.

Diagnosa keperawatan pre kemoterapi pada pasien 1 yaitu yang memiliki kesenjangan dengan teori lain:

a) Diare berhubungan dengan agen fisiologis

Menurut hasil analisa peneliti muncul masalah diare berhubungan dengan agen fisiologis dari analisa data didapatkan pasien 1 mengeluh BAB 4-5 kali dengan konsentrasi cair. Pada pemeriksaan auskultasi peristaltik usus ditemukan hasil 12x/menit.

Pada diagnosa ini penulis tidak menjelaskan secara spesifik apa agen fisiologis yang menyebabkan diare, pada teori Tim pokja SDKI DPP

(2017) penyebab fisiologis pada diare yaitu inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi dan malabsorpsi.

b) Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik

Menurut hasil analisa peneliti di tegakkan masalah Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik, dari hasil pengkajian data didapatkan pada pasien 1 mengeluh nyeri di perut seperti diremas remas. Nyeri dirasakan dengan rentang waktu lebih dari 3 bulan setelah operasi pada Februari 2019 yang dirasakan hilang timbul.

Penulisan diagnosa sudah sesuai teori menurut Tim pokja SDKI DPP (2017) , tetapi penulis kurang tepat dalam menentukan penyebab, menurut Willy (2019) gangguan metabolik adalah kelainan dalam proses metabolisme tubuh. Metabolisme adalah proses penguraian nutrisi dari makanan menjadi energi yang dibutuhkan oleh tubuh. Gangguan metabolik paling sering disebabkan oleh kelainan genetik yang diturunkan dalam keluarga. Kelainan genetik ini memengaruhi kinerja kelenjar endokrin dalam menghasilkan enzim yang digunakan dalam proses metabolisme.

Diagnosa keperawatan intra kemoterapi yang sesuai dengan teori:

a) Resiko infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

Menurut hasil analisa peneliti di tegakkan masalah risiko infeksi dibuktikan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, dari hasil pengkajian data didapatkan pada pasien 1 terpasang kolostomi.

Alasan peneliti menegakkan diagnosa tersebut yaitu berdasarkan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) bahwa salah satu faktor risiko yang menyebabkan risiko infeksi adalah peningkatan paparan organisme patogen dimana salah satu kondisi klinis yang terkait adalah tindakan invasif karna pasien 1 terpasang kantung kolostomi. Hal ini sesuai juga dengan teori (Wismoyo & Putra, 2018) sifat operasi juga menimbulkan faktor resiko infeksi karena terbentuknya luka akibat pembedahan yang bisa menjadi sumber masuknya mikroorganisme atau hal lainnya yang bisa menimbulkan infeksi.

Diagnosa keperawatan intra kemoterapi pada pasien 2 yang sesuai dengan teori antara lain:

a) Diare berhubungan dengan malabsorsi

Menurut analisa data dari review kasus laporan praktik, muncul masalah diare berhubungan dengan malabsorsi. Dari hasil pengkajian ditemukan data pasien mengeluh BAB 4 kali dengan konsentrasi cair pada pemeriksaan auskultasi peristaltik ditemukan hasil 14x/menit.

Hal ini sesuai dengan teori adalah Smeltzer, Burke, Hinkle & Cheever (2010) menyatakan bahwa gejala Ca Rektum yang dihubungkan dengan lesi rectal adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defekasi, konstipasi dan diare bergantian (umumnya konstipasi), serta feses berdarah. Hal ini sesuai pula dengan dengan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) pada pasien dengan diare data gejala dan tanda mayor defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam dan feses lembek/cair.

Diagnosa keperawatan intra kemoterapi pasien 2 yaitu:

b) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Menurut hasil analisa peneliti di tegakkan masalah risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, dari hasil pengkajian data didapatkan pada pasien 2 terpasang colostomy dan infus pada tangan kirinya. Alasan peneliti menegakkan diagnosa tersebut yaitu berdasarkan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) bahwa salah satu faktor risiko yang menyebabkan risiko infeksi adalah efek prosedur invasif dimana salah satu kondisi klinis yang terkait adalah kanker. Hal ini sesuai juga dengan teori (Wismoyo & Putra, 2018) sifat operasi juga menimbulkan faktor resiko infeksi karena terbentuknya luka akibat pembedahan yang bisa menjadi sumber masuknya mikroorganisme atau hal lainnya yang bisa menimbulkan infeksi. Selain itu juga terpasangnya infus sesuai dengan teori Edward (2011) dalam penelitian (Suharti, Meira, Udhiyah, & Rizky, 2015) 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 klien 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.

Diagnosa keperawatan post kemoterapi yang memiliki kesenjangan dengan data yaitu:

- a) Nausea berhubungan dengan rasa makanan yang tidak enak

Menurut hasil analisa peneliti di tegakkan masalah nausea berhubungan dengan rasa makanan yang tidak enak dari hasil pengkajian ditemukan pasien mengatakan nafsu makan menurun, mengeluh mual dan mengeluh rasa makanan hambar. Alasan peneliti mengangkat diagnosa tersebut berdasarkan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) bahwa nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Tetapi pada penulisan penyebab peneliti kurang tepat, menurut teori (Sari, Wahid, & Suchitra, 2019) bahwa pada pasien kemoterapi pemberian obat kemoterapi akan menimbulkan berbagai efek samping diantaranya yaitu mual, penyebab nausea pada pasien kemoterapi yaitu efek agen farmakologis.

Pada pengkajian pasien 2 memiliki riwayat hipertensi pada hasil pemeriksaan tanda-tanda vital sebagai berikut: TD : 130/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, Suhu : 36,8°C, RR : 18x/menit, MAP : 96 mmHg dan pada tabel hasil penatalaksanaan pasien 2 mendapatkan 2 obat hipertensi yaitu Amlodipin 1x10mg, Candesartan 1x8mg , tetapi peneliti tidak mengangkat masalah, menurut teori Tim pokja SDKI DPP (2017) diagnosa yang

mungkin muncul adalah risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk membantu pasien 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 dibuat untuk mengatasi masalah diare pada pasien 1 antara lain : Monitor TTV, jelaskan kepada pasien penyebab diare, kaji pola eliminasi pasien setiap hari, pemberian obat anti diare. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 1 diare pada pasien dapat berkurang dalam 2x24 jam

Rencana tindakan keperawatan pada pre kemoterapi yang dibuat untuk mengatasi masalah nyeri kronis pada pasien 1 antara lain : kaji nyeri secara komprehensif, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, monitor TTV, evaluasi keefektifan kontrol nyeri, ajarkan teknik non farmakologi, kolaborasi pemberian analgesik. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 2 nyeri dapat berkurang dalam 1x4 jam.

Rencana tindakan keperawatan pada intra kemoterapi yang dibuat untuk mengatasi masalah resiko infeksi pada pasien 1 antara lain : Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan dan tekankan pentingnya cuci tangan. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 1 infeksi tidak terjadi dalam 3x24 jam.

Terdapat kesenjangan pada perencanaan dan kriteria hasil pasien 1 menurut teori Tim pokja SIKI DPP (2018) rencana tindakan merupakan rangkaian perilaku atau aktifitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Pada pasien 1 perencanaan diagnosa diare hanya terdiri dari observasi, edukasi dan kolaborasi, diagnosa nyeri kronis terdiri dari observasi, edukasi dan kolaborasi, untuk diagnosa resiko infeksi terdiri dari observasi dan terapeutik.

Pada kriteria hasil memiliki kesenjangan dengan teori menurut Tim pokja SLKI DPP (2018) kriteria hasil merupakan tersusunnya suatu rencana asuhan keperawatan pasien, perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan, perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah, perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan.

Rencana tindakan keperawatan pada intra kemoterapi yang dibuat untuk mengatasi masalah diare pada pasien 2 antara lain :. Identifikasi penyebab diare (Mis. Inflamasi gastrointestinal), malabsorpsi, stress, efek

obat-obatan, identifikasi riwayat pemberian makan , monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mukosa mulut kering), berikan asupan cairan oral (mis. Larutan garam, gula, oralit), berikan cairan intravena (mis. Rinser Laktat), anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, kolaborasi pemberian obat antimotilitas. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 2 diare dapat teratasi dalam waktu 1x8 jam.

Rencana tindakan keperawatan pada intra kemoterapi yang dibuat untuk mengatasi masalah resiko infeksi pada pasien 2 antara lain : Priksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, identifikasi karakteristik drainase, monitor tanda gejala infeksi, bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat, bersihkan (anjurkan keluarga untuk membersihkan area disekitar tempat pembuangan, ganti balutan luka sesuai jadwal, ajarkan cara merawat luka insisi . Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 2 resiko infeksi tidak terjadi dan dapat berkurang dalam 1x24 jam.

Rencana tindakan keperawatan pada post kemoterapi yang dibuat untuk mengataasi masalah nausea pada pasien 2 antara lain: Lakukan pengkajian lengkap rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual, dan faktor yang menyebabkan pasien mual, evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien , aktifitas sehari-hari dan pola tidur pasien, anjurkan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat, anjurkan pasien mengurangi

jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual, berikan istirahat dan tidur yang adekuat untuk mengurangi mual, kolaborasi pemberian ondansentron 4 mg iv jika mual.

Pada pasien 2 perencanaan sesuai teori Tim pokja SIKI DPP (2018) rencana tindakan merupakan rangkaian perilaku atau aktifitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Tetapi pada diagnosa nausea hanya terdiri dari observasi, edukasi dan kolaborasi.

Pada kriteria hasil untuk diagnosa diare, nausea dan resiko infeksi tidak sesuai dengan teori menurut Tim pokja SLKI DPP (2018) kriteria hasil merupakan tersusunnya suatu rencana asuhan keperawatan pasien, perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan, perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah, perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan.

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 pasien 1 dan pasien 2 dilakukan pada waktu yang berbeda yaitu pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 14 Oktober 2019 s/d 16 Oktober 2019 di ruang kemoterapi .

Sedangkan pada pasien 2 dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 18 s/d 19 September 2019 di ruang kemoterapi. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien.

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri kronis pada pasien 1. Tindakan yang dilakukan yaitu menganjurkan melakukan teknik relaksasi .

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah diare pada pasien 2 yaitu menganjurkan pasien makanan porsi kecil dan sering secara bertahap. Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nausea pada pasien 2 dengan menganjurkan pasien memakan sedikit tapi sering dan mengkonsumsi makanan yang hangat, mengingat nausea merupakan efek samping yang dirasakan pada pasien kemoterapi yang sesuai dengan teori (Sari et al., 2019)

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah risiko infeksi pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu mengajarkan pasien dan keluarga melakukan cuci tangan dengan baik dan benar. Menurut WHO (2009) menjaga kondisi tangan tetap bersih dan mengangkat mikroorganisme yang ada di tangan sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi silang (*cross infection*). Tindakan membersihkan tangan yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran, organik material, atau mikroorganisme yang menempel pada tangan.

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 pasien 1 dari 3 diagnosa yang muncul. Pada pre kemoterapi terdapat 2 diagnosa yang teratasi yaitu diare dan nyeri kronis yang ditandai dengan pasien mengatakan bahwa diare sudah berkurang dan dapat terkontrol dan nyeri kronis berkurang di tandai pasien mengatakan nyeri berkurang, dan 1 diagnosa teratasi di intra kemoterapi yaitu resiko infeksi ditandai dengan tidak tampaknya terjadinya infeksi.

Hasil evaluasi keperawatan pada pre, intra dan post kemoterapi pada pasien 2 dari 3 diagnosa yang muncul. Pada pre kemoterapi tidak ada diagnosa yang muncul. Pada intra kemoterapi terdapat 1 diagnosa yaitu diare yang teratasi sebagian. Pada post kemoterapi diagnose nausea teratasi sebagian ditandai dengan pasien mengatakan mual sudah berkurang tapi porsi makanan belum bisa , diagnosa resiko infeksi masalah teratasi ditandai dengan tampak tidak ada tanda dan gejala infeksi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pengulasan kasus penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 pada pasien kemoterapi dengan Ca Rektum di Ruang Kemoterapi peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan peneliti pada pasien 2 sesuai dengan teori. Salah satu fokus pengkajian pada pasien ca rektum adalah pada pola eliminasinya.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori yang dikemukakan oleh penulis pada bab sebelumnya terdapat 6 diagnosa yang muncul 1 pada pre kemoterapi 2 pada intra kemoterapi dan 3 pada post kemoterapi. Pada pasien 1 diagnosa yang sesuai teori di bab sebelumnya terdapat pada intra kemoterapi yaitu resiko infeksi. Pada pasien 2 diagnosa yang muncul sesuai teori sebelumnya yaitu nausea pada post kemoterapi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan pada pasien 1 tidak sesuai teori pada bab sebelumnya dan menggunakan nanda nic noc dan pasien 2 untuk intervensi sudah sesuai menggunakan SIKI POKJA PPNI.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien kemoterapi dengan Ca Rektum.

5. Evaluasi Keperawatan

Dapat melakukan evaluasi mengenai kondisi perkembangan pasien dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Hasil evaluasi keperawatan pada pre, intra dan post kemoterapi pada pasien 1 dari 3 diagnosa yang muncul terdapat 3 diagnosa yang teratasi antara lain : Diare, nyeri kronis dan resiko infeksi. Hasil evaluasi keperawatan pada pre, intra dan post kemoterapi pada pasien 2 dari 3 diagnosa yang muncul, pada diagnosa diare dan nyeri kronis masalah sebagian teratasi. Masalah teratasi pada diagnosa risiko infeksi dan.

B. SARAN

1. Bagi Peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ca Rektum yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep tentang Ca Rektum itu sendiri, terutama pada faktor etiologi, anatomi fisiologi dan patofisiologi. Selain itu peneliti harus melakukan pengkajian secara komprehensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien serta tidak ada masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan pada

pasien. 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.

Pada bagian implementasi keperawatan, diharapkan peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dirumuskan oleh peneliti agar diagnosa keperawatan yang muncul dapat teratasi. Pada bagian evaluasi keperawatan, diharapkan peneliti lebih memahami tentang konsep evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah dan memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien ca rektum dengan menggunakan literatur-literatur terbaru.



Direktorat: Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Janan Iir
 Jurusan Keperawatan, Jurusan Kebidanan, Jurusan Analiis 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 Serong 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 : 17/9/16 Jam Masuk :
 Tanggal Pengkajian : 18/9/16 No. RM : 3943xx
 Jam Pengkajian : 17.00 Diagnosa Masuk : Ca. Recti

IDENTITAS

1. Nama Pasien : Tn. M Penanggung jawab biaya : Diri sendiri
 2. Tanggal lahir : 06/17/1947 Nama : Tn. M
 3. Suku Bangsa : Bosis Alamat : Meler Sari
 4. Agama : Protestan
 5. Pendidikan : SD
 6. Pekerjaan : Penjahit
 7. Alamat : Meler Sari

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

- Keluhan Utama : BAB Cair 4x
- Keluhan Penyakit Sekarang : Pasien mengatakan pada bulan Mei 2015 sering merasakan sakit perut dan gangguan pada buang air besar dan pernah mengalami BAB berdarah dan di bawa ke RS Pertamina untuk berobat lalu dirujuk ke RSUD untuk pemeriksaan lanjutan setelah itu dilakukan operasi laparotomi + kolostomi pada tanggal 16 Juli 2015 dan pada bulan September ini dilakukan kemo ke 10

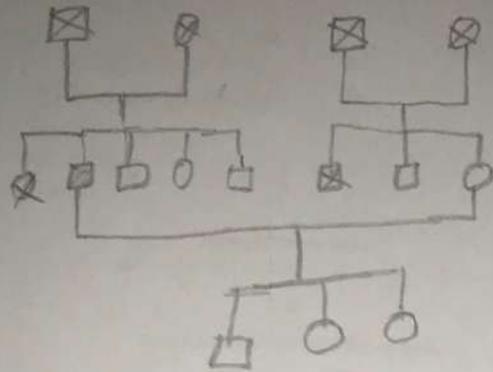
RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

- Pernah dirawat ya tidak kapan: 16 Juli 2015 diagnosa: Operasi Laparotomi + Colostomi
- Riwayat penyakit kronik dan menular ya tidak jenis: Riwayat kontrol :
 Riwayat penggunaan obat : Amlodipin
- Riwayat alergi ya tidak jenis: Laparotomi + Colostomi
- Riwayat operasi ya tidak kapan: 16 Juli 2015
- Lain-lain :

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya tidak jenis: Hipertensi

GENOGRAM



KET : □ = laki-laki
 ○ = perempuan
 * = 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

1. Keadaan Umum : Sedang (Compos Mentis)

Posisi pasien : Fowler

Alat medis/ invasif yang terpasang : Kantong colostomi + Infus

Tanda klinis yang mencolok : () sianosis () perdarahan

- Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat

2. Kesadaran:

Kualitatif :

- Compos Mentis Apatis Somnolen Sopor 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 rangsang 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 menghindari sumber nyeri • Adanya gerakan fleksi abnormal (dekortikasi) • 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

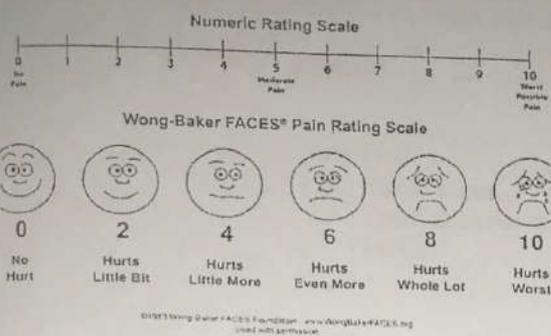
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital

S : 36.8°C N : 82 TD : 130/80 RR : 18

MAP : Tekanan sistolik + (2 x tekanan diastolik) = mmHg

Kenyamanan nyeri
 Nyeri ya Tidak
 P: Provokatif dan palliatif:
 Q: Quality dan Quantitas:
 R: Regio :
 S: Severity:
 T: Time :



Masalah Keperawatan : Tidak ada 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
		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	1
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	1
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	2
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	2
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	1
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	0
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	
		1	Mandiri	
Total skor				

Kategori tingkat ketergantungan pasien: Ketergantungan sedang

- Keterangan:
 20 = Mandiri
 12-19 = Ketergantungan ringan
 9-11 = Ketergantungan sedang
 5-8 = Ketergantungan berat
 0-4 = Ketergantungan total

18

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

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

Rambut :
Penyebaran : Tidak merata
Warna : Hitam beruban
Mudah patah : Tidak mudah patah
Bercabang : Tidak bercabang
Cerah / 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 ditanyakan OS Tidak ditanyakan OD
Kelainan : Tidak ada kelainan mata

Hidung :
Pernafasan Cuping hidung: () Ada () Tidak ada
Posisi septum nasi: () Ditengah () Deviasi
Lubang hidung: Simetris
Ketajaman penciuman: Normal
Kelainan : Tidak ada kelainan

Rongga Mulut :
Bibir : Warna :
Gigi geligi :
Lidah : Warna : Merah muda
Mukosa: () Lembab () Kering () Stomatitis
Tonsil: Ukuran :
Uvula: Letak () Simetris Ditengah () Deviasi

Telinga:
Daun/pina telinga : Lengkap simetris kanan dan kiri
Kanal telinga : Tidak ditanyakan pemeriksaan
Membran Timpani : Cahaya politser
Ketajaman pendengaran : Tidak ditanyakan pemeriksaan
Tes weber : 256 Hz
Tes Rinne : 512 Hz
Tes Swabach : 512 Hz
Telinga kiri telinga kanan
Kesimpulan :
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7. Pemeriksaan Leher
Kelenjar getah bening: () Teraba () Tidak teraba
Tiroid : () Teraba () Tidak teraba
Posisi trakea : () Letak di tengah () Deviasi ke arah
JVP : Tidak ditanyakan cmH₂O
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan
a. Keluhan:
Batuk : Sesak nyeri waktu bernafas
Sekret: Tidak terdapat sekret Tidak produktif
Warna: Konsistensi :

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 *Tidak terpasang alat* Flow lpm

c. Palpasi
 Vocal premitus : anterior dada *Tidak dilakukan pemeriksaan* 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 : *6.3* detik
 Sianosis : *Tidak terjadi 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 :

Bunyi jantung tambahan :
Kelainan :

f. CVP :
g. CTR :
h. ECG & Interpretasinya :
.....
.....

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB : 75 kg TB : 168 cm IMT : $\frac{75}{(1.68)^2} = 26.6$ kg m² 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:	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
Total Skor	2

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 : 4 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 : Perut terasa kembung

Abdomen

Inspeksi :
Bentuk :
Bayangan vena :
Benjolan / massa :

Luka operasi : ada tidak Tanggal operasi : 16 Juli 2019
Jenis operasi : Laparotomi + Colostomi Lokasi :
Keadaan : Drain baik tidak Warna :
Jumlah :
Kondisi area sekitar insersi : Berahi

Auskultasi : Peristaltik : 14 x/menit

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

Perkusi :

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: 8-7 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 : 1500 ml/hari

e. Kandung kemis : Membesar ya tidak
 Nyeri tekan ya tidak

f. Balance cairan:

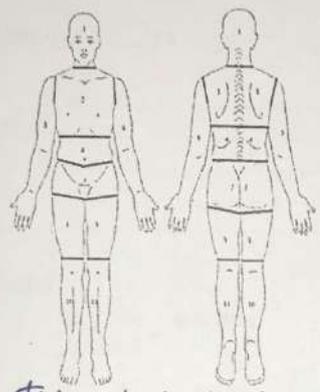
Intake		Output	
Minum peroral	:ml/hr	Urine (0,5 – 1 ml/kg/BB/jam)	:ml/hr
Cairan infus	:ml/hr	Drain	:ml/hr
Obat IV	:ml/hr	IWL (10 – 15 ml/kg/BB/24 jam)	:ml/hr
NGT	:ml/hr	Diare	:ml/hr
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	:ml/hr	Muntah	:ml/hr
		Perdarahan	:ml/hr
		Feses (1x = 20 ml/hari)	:ml/hr
Total	:ml/hr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

Balance cairan/hari perawatan:

a. Pergerakan sendi: normal terbatas

3 3
3 3

- b. Kekuatan otot: ya tidak
- 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: *Tidak terdapat 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: *Tidak terdapat edem ekstremitas*

l. Pitting edema: +/- grade:

Ekstremitas atas:		Ekstremitas bawah:		Penilaian Edema:	
RU	+1 +2 +3 +4	LU	+1 +2 +3 +4	+1	: kedalaman 1 – 3 mm, waktu kembali 3 detik
RL	+1 +2 +3 +4	LL	+1 +2 +3 +4	+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. Ekskoriatis: ya tidak
- n. Psoriasis: ya tidak
- o. Urtikaria: ya tidak
- p. Lain-lain:

Penilaian risiko dekubitus:

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	3	
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	3	
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	2	
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		3	
Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus (Pressure ulcers) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)					TOTAL NILAI	20

Kategori pasien:

Masalah Keperawatan: *Tidak ada 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
- Trias DM: ya tidak

Nilai GDA:

Nilai GDA:

- 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 :

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 :

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	15
	Tidak		0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, tongkat, walker	15	15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat	0	0
	Ya		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
Total skor		30	

Kesimpulan : Kategori pasien : 30

Risiko = ≥ 45

Sedang = 25 - 44

Rendah = 0 - 24

Masalah Keperawatan :

PENGKAJIAN 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 :x/hari f. Ganti pakaian :x/hari
- b. Keramas :x/hari g. Sikat Gigi :x/hari
- c. Memotong kuku : Memotong kuku jila panjang
- d. Merokok: ya Tidak
- e. Alkohol: ya Tidak
- Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

PENGKAJIAN 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
17/01/2015	Pemeriksaan Laboratorium	Leukosit (3.350), trombosit (95.000), SGOT (50), SGPT (45)

OBAT YANG DITERIMA

Nama Obat	Dosis	Nama Obat	Dosis
1. Amlodipin	1x10 mg	6. Vite albumin	2x1
2. Candesartan	1x8	7. Neurodex	2x1
3. Afamed	2x1	8. flemobion	2x1
4. Lodia	2 tab	9. SFU	
5. Curcuma	3x1	10.	

Balikpapan, 2019
 Perawat.

DATA FOKUS

1. DATA SUBJEKTIF:

- Klien mengatakan BAB cair AX
- Klien mengatakan mual

2. DATA OBJEKTIF:

- Feses lembek atau cair
- Terdapat infus + kantong kolostomi

Tanggal,

Perawat,

Tn. M

Nama
No. Reg

Ruang
Tanggal

No	Data	Etiologi	Masalah Kep.
1.	<p>Ds : klien mengatakan BAB cair 4x</p> <p>Do : feses tampak cair di kantong colostomi</p>	Malabsorpsi	Diare
2.	<p>Ds : klien mengatakan mual ketika setelah di kemo dan mual mual karena rasa mual mual mual</p> <p>Do : klien tampak gelisah</p>	Rasa mual mual / minuman yang tidak enak	Nausea
3.	<p>Ds : klien mengatakan mengalami kemo ke 3 dan operasi laparotmy untuk pemasangan kantong colostomi pada tanggal 16 Juli 2019</p> <p>Do : tampak terpasang kantong colostomi</p>	Efek prosedur invasif	Risiko infeksi

Prioritas Masalah

1. Diare b.d malabsorpsi
2. Nausea b.d Rasa mual mual / minuman tidak enak
3. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif
- 4.
- 5.

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

ma : Tn.M
Reg :

Ruang :
Tanggal :

ep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Diare b.d malabsorpsi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam di harapkan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feses menjadi normal - telen tanpa tenes 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi penyebab diare (mis. inflamasi gastrointestinal, malabsorpsi, stress, efek obat-obatan) 1.2 Identifikasi riwayat pemberian makan 1.3 Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 1.4 Monitor tanda dan gejala hipovolemik (mis. takikardia, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mukosa mulut kering) 1.5 Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam, gula, oralit) 1.6 Berikan cairan intravena (mis. infus laktat) 1.7 Aturakan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 1.8 Aturakan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan 1.9 Kolaborasi pemberian obat antimotilitas
2.	Nausea b.d malabsorpsi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam di harapkan mual teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak mual dan muntah - pasien dapat 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Lakukan pengasjian (enklep rak mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor yang menyebabkan pasien mual 2.2 Evaluasi efek mual terhadap nafsu makan pasien, aktivitas sehari-hari dan pola tidur pasien 2.3 Aturakan makan sedikit tapi sering dan dalam keadaan hangat 2.4 Aturakan pasien mengurangi jumlah makanan yang bisa menimbulkan mual 2.5 Berikan istirahat dan tidur yang adekuat untuk mengurangi mual 2.6 Kolaborasi pemberian ondansetron 4mg iv bila mual

Yang Membuat Intervensi



RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Tn. H
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3.	Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: - Daerah sekitar insersi bersih	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Periksa lokasi insersi adanya kemerahan, bengkak 3.2 Identifikasi karakteristik drainase 3.3 Monitor tanda dan gejala infeksi 3.4 Bersihkan area insisi dengan pembersihan yang tepat 3.5 Bersihkan (anjurkan) ketepatan waktu membersihkan area disekitar tempat pemasangan / kantong colostomi 3.6 Ganti balutan luka sesuai jadwal 3.7 Anjurkan cara merawat area insisi

Yang Membuat Intervensi

TINDAKAN KEPERAWATAN

Tn-M

Ruang :

Tanggal :

HARI/TGL / JAM	TINDAKAH KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	TTD
Rabu 16.30	1.1 Identifikasi penyebab diare	Ds: Ulien mengatakan diare 4x Do: Ulien tampak terburuk	JB
16.35	1.3 Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi Amas	Ds: Ulien mengatakan BAB cair 4x Do: Konsistensi Amas cair	JB
16.40	1.7 Anjurkan makan porsi kecil dan sering	Ds: Ulien mengatakan makan dengan porsi kecil Do: Tempak porsi makan tidak habis	JB
16.45	1.8 Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung lemak	Ds: Ulien mengatakan tidak menyukai makanan pedas Do: -	JB
18.30	2.1 Lakukan pengujian lengkap rasa mulut termasuk frekuensi, durasi, insyekt, mulut dan faktor yang menyebabkan pasien mulut	Ds: Ulien mengatakan mulut sejak pukul 18.00 dan semakin meminsyekt akibat faktor setelah lemas Do: Ulien tampak terburuk lemas	JB
18.35	2.6 Lakukan pemberian oral setoran 4ms N	Ds: Ulien mengatakan mulut terasa sedikit mulut Do: Ulien tampak terburuk lemas	JB
	2.3 Anjurkan makan sering dengan makanan dalam keadaan hangat	Ds: Ulien mengatakan tidak menghabiskan porsi makanan karena rasa makanan hambat Do: Ulien tampak tidak menghabiskan makanan	JB
	2.2 Evaluasi efek mulut terhadap nafsu makan pasien,	Ds: Ulien mengatakan rasa makanan tidak enak/hambat	JB

PELAKSANAAN TINDAKAN

Nama Pasien :

Jenis Kelamin :

Umur :

Ruangan :

No	Hari/Tgl/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
	KAMU 14-30	3.3 Monitor tanda dan gejala infeksi	Ds : ulian mengatakan luka operasi selo bersih Do : ulian tampak tenang dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi	
	15-30	3.7 Ajarkan cara merawat area insisi	Ds : ulian mengatakan mengerti cara merawat area insisi Do : ulian tampak di bantu keluarga merawat area insisi	

EVALUASI

: Tn. M

Ruang :
Tanggal :

Waktu (Tgl/Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD
Rabu 09.30	<p>S: ulien mengatakn BAB cair sudah berujung dan hanya BAB 1 kali setelah diberikan obat</p> <p>O: ulien tampak tenang</p> <p>A: Masalah teratahi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1.1, 1.3, 1.8</p>	JIS
09.35	<p>S: ulien mengatakn mual sudah berujung tetapi pora makanan belum bisa lebih karena tak makanan terasa lambat</p> <p>O: ulien tampak tenang</p> <p>A: Masalah teratahi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.6</p>	JIS
Kamis	<p>S: ulien mengatakn area infeksi sel-sel dibersihkan</p> <p>O: Tampak tidak terdapat tanda dan gejala infeksi</p> <p>A: Masalah teratahi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	JIS

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 Analisis 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 So'ong No. 9 RT. 081 Gunung Pipa Balikpapan Utara Telepon : (0542) 424704
 Fax : (0542) 415551. Surat Elektronik : poltekkes_smd2007@yahoo.co.id Laman : http://poltekkes-kaltim.ac.id

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Tanggal MRS : 13 / Oktober / 2019 Jam Masuk : 15.24
 Tanggal Pengkajian : 14 / Oktober / 2019 No. RM : TS. 80.25
 Jam Pengkajian : 09.20 Diagnosa Masuk : ca. recty

IDENTITAS

1. Nama Pasien : Tn. S Penanggung jawab biaya : Ny. H
 2. Tanggal lahir : 30 November 1971 Nama : Ny. H
 3. Suku Bangsa : Jawa Alamat : Jln. Handil Rt. 24 Kelurahan
 4. Agama : Islam teritip
 5. Pendidikan : SMK
 6. Pekerjaan : SUPIR
 7. Alamat : Jln. Handil Rt 24 Kelurahan teritip

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama : Pra Kemoterapi : Pada saat dikaji pasien mengatakan diare dan nyeri perut berkurang
 Intra Kemoterapi : Pada saat dikaji pasien mengatakan tidak ada keluhan
 Pasl Kemoterapi : Pada saat dikaji Pasien mengatakan diare 3 kali pagi ini + nyeri

2. Keluhan Penyakit Sekarang :
 Pada saat dikaji pasien mengatakan awalnya berobat ke rumah sakit tentara karena diare berlebihan tahun 2018 bulan Oktober lalu dirujuk ke RSKD tetapi ada kendala, lalu pasien berobat ke Jawa lalu dari Jawa kembali ke RSKD karena diare, BAB darah lalu dianjurkan untuk operasi (kolostomi) lalu kemo siklus I, lalu dihubungi untuk radioterapi di smo setelah selesai radio terapi kembali ke RSKD untuk kontrol, pada saat di RSKD ternyata disuruh kemo siklus II kemo ke IV

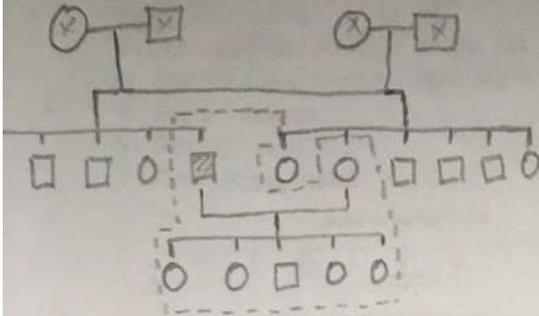
RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Pernah dirawat ya tidak kapan: September diagnosa: ca. recty
 2. Riwayat penyakit kronik dan menular ya tidak jenis:
 Riwayat kontrol :
 Riwayat penggunaan obat :
 3. Riwayat alergi ya tidak jenis:
 4. Riwayat operasi ya tidak kapan: Februari 2019
 5. Lain-lain :

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya tidak jenis: Kanker Recty

GENOGRAM



X : meninggal
 // : pasien
 --- : satu rumah
 O : perempuan
 □ : laki-laki

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 : Fowler

Posisi pasien : Fowler

Alat medis/ invasif yang terpasang : intubasi

Tanda klinis yang mencolok : () sianosis () perdarahan

- Sakit ringan Sakit sedang Sakit berat

2. Kesadaran:

Kualitatif :

- Compos Mentis Apatis Somnolen Sopor Koma

Kuantitatif : GCS : E4M6V5

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale)

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

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

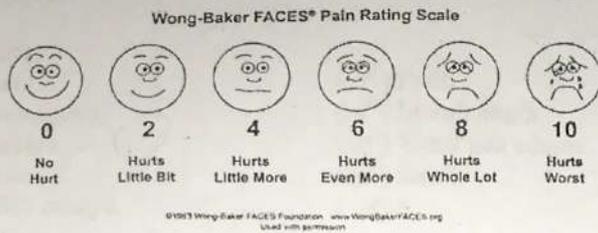
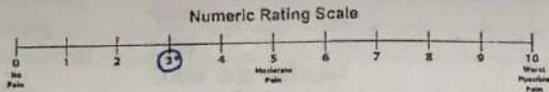
3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital

S : 36,7 N : 112 TD : 110/90 RR : 20

Tekanan sistolik + (2 x tekanan diastolik)
 MAP : = mmHg

4. Kenyamanan/nyeri

Nyeri ya Tidak
 P : Provokatif dan palliatif: karena CA
 Q : Quality dan Quantitas: nyeri seperti di remas-remas
 R : Regio : abdomen
 S : Severity: skala 3
 T : Time : hilang timbul



Masalah Keperawatan : Nyeri kronis b.d Infiltrasi Tumor

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	1
		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				20

Kategori tingkat ketergantungan pasien: 20

Keterangan:

- 20 = Mandiri
- 12 - 19 = Ketergantungan ringan
- 9 - 11 = Ketergantungan sedang
- 5 - 8 = Ketergantungan berat

6. Pemeriksaan Kepala

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

Rambut :

Penyebaran : Penyebaran rambut merata
Warna : Rambut berwarna hitam bercampur putih
Mudah patah : Tidak
Bercabang : Tidak
Cerah / kusam : Tidak
Kelainan : Tidak ada kelainan

Mata:

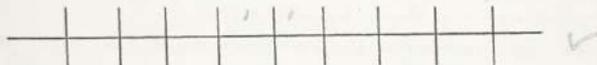
Sklera : (✓) Putih () Ikterik
Konjungtiva : (✓) Merah muda () Anemia
Palpebra : (✓) Tidak ada edema () Edema
Kornea : (✓) Jernih () Keruh
Reflek cahaya : (✓) + () -
TIO :
Pupil : (✓) Isokor () anisokor () diameter
Visus : OS OD
Kelainan : Tidak ada kelainan

Hidung :

Pernafasan Cuping hidung: () Ada (✓) Tidak ada
Posisi septum nasi: (✓) Ditengah () Deviasi
Lubang hidung: Normal
Ketajaman penciuman: ketajaman penciuman baik
Kelainan : Tidak ada kelainan

Rongga Mulut :

Bibir : Warna Merah muda
Gigi geligi :



Lidah : Warna Merah muda
Mukosa: (✓) Lembab () Kering () Stomatitis
Tonsil: Ukuran Normal
Uvula: Letak (✓) Simetris Ditengah () Deviasi

Telinga:

Daun/pina telinga : Simetris
Kanal 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 : Tidak ada masalah keperawatan

7. Pemeriksaan Leher

Kelenjar getah bening : () Teraba (✓) Tidak teraba
Tiroid : () Teraba (✓) Tidak teraba
Posisi trakea : (✓) Letak di tengah () Deviasi ke arah
JVP : cmH₂O
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan

a. Keluhan: Sesak nyeri waktu bernafas
Batuk Produktif Tidak produktif
Sekret: Tidak ada sekret Konsistensi :

b. Inspeksi

Bentuk dada simetris asimetris barrel chest
 Funnel chest Pigeons chest

Frekuensi: 20^x/menit

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: Suara ucapan jelas

f. Penggunaan WSD:

1. Jenis :

2. Jumlah Cairan :

3. Undulasi :

4. Tekanan :

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler

a. Keluhan: Nyeri dada Ada Tidak

P:

Q:

R:

S:

T:

b. Inspeksi:

CRT: 4.1 detik

Sianosis: tidak ada sianosis

Ujung jari: Jari tabuh

c. Palpasi: ictus cordis teraba

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:

Bunyi jantung tambahan : Tidak ada 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 : 70 TB : 175 IMT : $\frac{BB}{(TB\ m)^2} = \frac{70}{175^2} = 0,22\ kg\ m^2$ 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:	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
Total Skor	0

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 : 5-6 x hari terakhir tanggal : 16 Oktober 2019 (pagi)
 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 : Datar
 Bayangan vena : Tidak ada bayangan vena
 Benjolan / massa : Tidak ada benjolan

Luka operasi : ada tidak Tanggal operasi :
 Jenis operasi : Klasik Lokasi : abdomen (regio g)
 Keadaan : Drain baik tidak
 Jumlah : Warna :
 Kondisi area sekitar insersi:

Auskultasi : Peristaltik : 12 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

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 Temporal Waktu
 - f. Saraf sensoris : Nyeri tusuk Suhu Sentuhan
- Lainnya : Tidak ada kelainan

- g. Saraf koordinasi (cerebral) : Ya Tidak

Tingkat kekuatan reflek:

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

- i. Refleks patologis: babinsky brudzinsky kernig

- j. Keluhan pusing : Ya Tidak

- k. Istirahat tidur: 8 jam/hari Gangguan tidur: Tidak ada 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 : 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 :
- d. Produksi urine : 2.000 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
Total	:ml/hr	Total	:ml/hr

Balance cairan/hari perawatan:

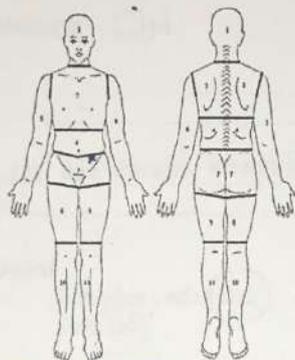
13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

a. Pergerakan sendi: Bebas Terbatas

b. Kekuatan otot:

6	5
4	3

- 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 ekstremitas: Tidak ada edema
 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	3
Aktivitas	Bedfast	Chairfast	Kadang-kadang Jalan	Lebih Sering Jalan	3
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	4
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	4
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		3
Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus (Pressure ulcers) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)					TOTAL NILAI

Kategori pasien: Klien tidak beresiko dekubitus
 Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

14. Sistem Endokrin

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

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
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya		15
	Tidak		0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, tongkat, walker		15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat		0
	Ya		20
Kemampuan berjalan	Tidak		0
	Gangguan (pincang/diseret)		20
Status mental	Lemah		10
	Normal/bedrest/imobilisasi		0
	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri		0
Total skor			0

Kesimpulan : Kategori pasien : risiko pasien jatuh rendah
 Risiko = ≥ 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 : 1x/hari

f. Ganti pakaian : 1x/hari

b. Keramas : 1x/hari

g. Sikat Gigi : 1x/hari

c. Memotong kuku : 1 x seminggu

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
11/10/2019	Laboratorium	Hemoglobin (L. 12.1) Hematokrit (L. 37.1) Trombosit (LBA)

OBAT YANG DITERIMA

Nama Obat	Dosis	Nama Obat	Dosis
1. Omeprazole	40 mg (iv)	6. Belloxa	140 mg
2. Dexamethason	5 mg (iv)	7. Leucovorin	720 mg
3. Ondansetron	8 mg (iv)	8. 5FU	720 mg
4. Dipenhidramin	1 amp	9. Ca gluconas	1 amp (iv)
5. Lidia	2 tab	10.	

Balikpapan,2019

Perawat.

DATA FOKUS

1. DATA SUBJEKTIF:

- a. pasien mengatakan dirinya diare dengan konsistensi cair $\pm 4-5 \times$
kadang keluar darah dan lendir
- b. pasien tampak lemah dan tidur terus (Pra Kemoterapi)
- c. Pasien mengatakan terkadang nyeri perut

2. DATA OBJEKTIF:

a). pasien tampak sesekali meringis (pra Kemoterapi)

b). TTV

TD: 110/90

N: 112

RR: 20

S: 96,7

c). Bising usus : 12^x/menit

d). Skala nyeri

P: karena ca

Q: nyeri seperti diremas-remas

R: Abdomen

S: skala nyeri 3

T: Hilang timbul

Tanggal,

Perawat,
.....

LAPORAN KEGIATAN HARIAN
(ACTIVITY DAILY LIVING REPORT)

ANALISA DATA

Tn-S
: 15.80.25

Ruang : Kemo Terapi
Tanggal :

Data	Etiologi	Masalah Kep.
<p>Do: pasien mengatakan dirinya sejak tadi malam diare Pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair ± 4-5 kali Pasien mengatakan kadang BAB keluar darah dan lendir</p>	<p>Agon Fisiologis</p>	<p>Diare</p>
<p>Do: pasien tampak lemah dan tidur terus TTV: TD: 110/90 S: 86.7 N: 112 R: 20 Bising usus: 12x/menit</p>	<p>Gangguan Fungsi Metabolik</p>	<p>Nyeri Kronis</p>
<p>Do: Pasien mengatakan terkadang nyeri perut tetapi masih bisa dikontrol</p>		
<p>Do: Pasien tampak sesekali meringis TTV: TD: 110/90 S: 86.7 Bising Usus: 12x/menit N: 112 R: 20 P: karena CA Q: Nyeri seperti di remas-remas R: Abdomen S: Skala nyeri 3 T: Hilang timbul</p>		
<p>Do: pasien mengatakan ada riwayat Operasi Kolostomi</p>	<p>Peningkatan paparan Organisme patogen lingkungan</p>	<p>Risiko Infeksi</p>
<p>Do: Op. Kolostomi abdomen kanan dalam keadaan baik</p>		

Masalah

b.d agen fisiologis

kronis b.d Gangguan Fungsi metabolik

Infeksi dan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

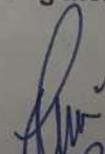
RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :
No. Reg :

Ruang :
Tanggal :

No. Dx. Kep.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Diare	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan diare pada pasien dapat berkurang / hilang.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defekasi dapat dilakukan satu kali sehari 2. Konsistensi BAB lembek 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor TTV 1.2 Jelaskan kepada pasien penyebab dari diarenya 1.3 Kaji Pola eliminasi klien setiap hari 1.4 Pemberian Obat anti diare
2.	Nyeri Kronis	<p>Setelah dilakukan tindakan tindakan keperawatan 4x24 jam diharapkan nyeri pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dapat mengontrol nyeri 2. pasien mengatakan nyeri berkurang 3. pasien mengetahui penyebab nyeri 4. pasien menyatakan nyaman setelah nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji nyeri secara komprehensif 2.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 2.3 Monitor TTV 2.4 Evaluasi keefektifan control nyeri 2.5 Ajarkan teknik non Farmakologi 2.6 kolaborasi pemberian analgesic
3.	Risiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 2x 24 jam diharapkan Infeksi Tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dapat mencegah atau menurunkan risiko Infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Observasi tanda-tanda Infeksi dan peradangan 3.2 Tekankan pentingnya cuci tangan

Yang Membuat Intervensi



HARI/TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	TTD
Senin 14/10/2019 09.20	1.1 Monitor TTV 2.1 Kaji nyeri secara komprehensif 1.2 Jelaskan pada pasien penyebab diarenya	Do: Pasien mengatakan dirinya diare dari semalam dan nyeri perut Do: Pasien tampak lemah TTV: TD: 40/90 N: 112 S: 36,7 RR: 20	
12.30	1.3 Kaji pola eliminasi klien 2.2 Observasi non verbal dari ketidaknyamanan 2.3 Monitor TTV 2.5 Ajarkan teknik non farmakologi	Do: Pasien mengatakan hari ini sudah BAB ± 6 kali Pasien mengatakan paham apa yang diajarkan Do: pasien bisa mengulang kembali apa yang diajarkan TTV: TD: 40/70 N: 104 S: 36,4 RR: 20	
13.00	1.4 Pemberian obat anti diare 2.6 Kolaborasi pemberian analgesic	Do: Do: pasien tampak tenang ketika dimasukkan obat	
Selasa 15/10/19 09.25	1.1, 2.3 Monitor TTV 1.3 Kaji pola eliminasi klien 2.1 Kaji nyeri 2.4 Evaluasi ke efektifan kontrol nyeri	Do: Pasien mengatakan Diare berkurang tetapi masih nyeri Do: pasien tampak relax TTV TD: 120/80 N: 88 S: 36,4 RR: 20	
10.15	2.6 Kolaborasi pemberian analgetik	Do: - Do: pasien tampak tenang ketika dimasukkan obat	
12.45	3.1 Observasi tanda-tanda Infeksi 3.2 Ajarkan dan tekankan pentingnya cuci tangan	Do: pasien mengatakan ia nw dp kolostomi Do: luka pasien tampak tidak terjadi infeksi	

HARI/TGL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	TTD
Rabu 16/10/2019 15.00	1.1, 2.3 Monitor TTV 1.8 Kaji Pola Eliminasi klien 2.1 Kaji Nyeri	Do: Pasien mengatakan hari BAB 3x Pasien mengatakan Nyeri berkurang Oa: pasien tampak relax TTV TD: 100/80 N 98 S: 36.2 RR: 20	
17.30	2.6 Kalaborasi Pemberian analgetic	Do: - Do: pasien tampak tenang ketika dimasukkan obat	

EVALUASI

Nama : _____ Ruang : _____
 No. Reg : _____ Tanggal : _____

No.	Waktu (Tgl/ Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD
	Rabu 16/10/2019 19.00	<p>G: Pasien mengatakan diare sudah berkurang dan dapat terkontrol</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif Pasien tampak relax</p> <p>TTV TD: 100/80 N: 98 RR: 20 S: 36,2</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi (Pasien KRS)</p>	
		<p>G: Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O: Pasien tampak relax</p> <p>TTV TD: 100/80 N: 98 RR: 20 S: 36,2</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi (Pasien KRS)</p>	
		<p>G: pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan dan akan mencoba hal tsb</p> <p>O: Tidak tampak terjadinya infeksi</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi (pasien KRS)</p>	



Dokumentasi Seminar Hasil 13 Mei 2020