

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. N DENGAN
GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN : POST OPERASI
LAPAROTOMI CA RECTUM POD 2 KOLOSTOMI DENGAN
INTERVENSI PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI BENSON
UNTUK MENURUNKAN INTENSITAS NYERI DI RUANG
KHALID BIN WALID RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA
BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Pada Program
Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

AYU SHALAMAH NUR ARIFAH, S.Kep

KHGD24036



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. N
DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN : POST
OPERASI LAPAROTOMI CA RECTUM POD 2
KOLOSTOMI DENGAN INTERVENSI PENERAPAN
TEKNIK RELAKSAI BENSON UNTUK MENURUNKAN
INTENSITAS NYERI DI RUANG KHALID BIN WALID
RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

NAMA : AYU SHALAMAH NUR ARIFAH

NIM : KHGD24036

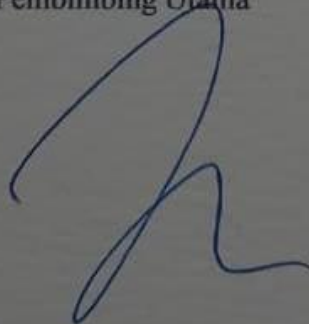
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir pada Program Studi
Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, September 2025

Menyetujui

Pembimbing Utama



Andri Nugraha, S.Kep., Ners., M. Kep

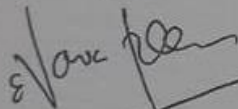
LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.N DENGAN
GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN : POST OPERASI
LAPAROTOMI CA RECTUM POD 2 KOLOSTOMI
DENGAN INTERVENSI PENERAPAN TEKNIK
RELAKSASI BENSON UNTUK MENURUNKAN
INTENSITAS NYERI DI RUANG KHALID BIN WALID
RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT
NAMA : AYU SHALAMAH NUR ARIFAH
NIM : KHGD24036

Garut, September 2025

Menyetujui,

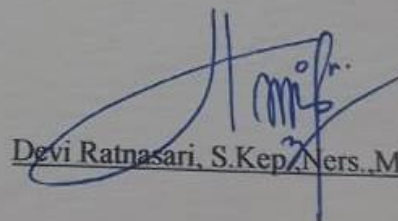
Penguji 1



Eldessa Vava

Rilla, S.Kep., Ners., M.Kep

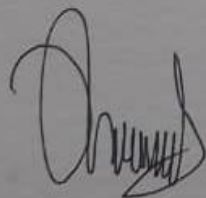
Penguji 2



Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep

Mengetahui,

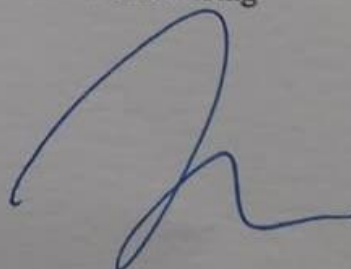
Ketua Program Studi Profesi Ners



Sri Yekti Widadi, S.Kep., M.Kep

Mengesahkan,

Pembimbing



Andri Nugraha, S.Kep., Ners., M.Kep

Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, September 2025

Ayu Shalamah Nur Arifah¹, Andri Nugraha²

¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut

²Dosen STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

**Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Dengan Gangguan Sistem
Integumen: Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Kolostomi Dengan
Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan
Intensitas Nyeri Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa
Barat**

Latar Belakang : Pembedahan adalah segala tindakan pengobatan yang menggunakan metode invasif dengan cara membuka atau memperlihatkan bagian tubuh yang akan dirawat. Kanker rektum tumbuh di rektum, saluran yang menuju ujung usus besar. Rektum dimulai di ujung usus besar dan berakhir di saluran pendek yang menuju anus. Salah satu cara nonfarmakologis untuk mengurangi intensitas nyeri adalah Pemberian teknik relaksasi benson mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga terbentuk sistem penekanan nyeri yang akhirnya akan menyebabkan penurunan nyeri dapat memberikan hasil yang sangat efektif dalam upaya mengurangi nyeri. **Tujuan :** studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui penerapan teknik relaksasi benson untuk mengurangi intensitas nyeri di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. **Metode :** metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan catatan medis. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien post operasi ca rectum dengan penerapan teknik relaksasi benson. **Hasil :** penerapan teknik relaksasi benson ±15 menit selama 3 hari menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri dari skala nyeri 5 (0-10) menjadi 3 (0-10) setelah dilakukan intervensi. **Kesimpulan :** terapi relaksasi benson dapat diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien post operasi karena terbukti efektif untuk menurunkan intensitas nyeri.

Kata Kunci : Pembedahan, Ca Rectum, Kolostomi, Terapi Relaksasi Benson

Nursing Professional Study Program
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, September 2025

Ayu Shalamah Nur Arifah¹, Andri Nugraha²

¹Student of STIKes Karsa Husada Garut

²Lecturer of STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRACT

***Analysis Of Nursing Care Mr.N With System Disorders : Intervention Post
Operative Laparotomy Ca Rectum POD 2 With Colostomy Application Of
Benson Relaxation Technique To Reduce Pain Intensity In Khalid Bin Walid
RSUD Al-Ihsan West Java Province***

Background : Sugery is a medical procedure involving invasive method to open or expose the affected body part for treatment. Rectal cancer develops in the rectum, the channel connecting the large intestine to the anus. The rectum begins at the distal end of the colon and ends at the anal canal leading to the anus. One non-pharmacological method to reduce post operative pain is the benson relaxation technique, which relaxed the body system, allowing patiens to rest and decreasing pain perception. Consistent application of this technique may significantly reduce pain intensity and provide substantial benefits for post operative patients. **Objective :** This case study aims to describe the application of the benson relaxation technique in reducing post operative pain in a rectal cancer patient with colostomy at RSUD Al-ihsan West Java Province. **Method :** A descriptive case study design was employed through anamnesis, observation, physical examination and medical record review. The participant was a post operative rectal cancer patient with colostomy who received benson relaxation therapy. **Result :** Implementation of the benson relaxation technique for approximately 15 minutes over three consecutive days demonstrated a reduction in pain intensity from a scale of 5 (0-10) to 3 (0-10) after the intervention. **Conclusion :** Benson relaxation therapy can be effectively applied in nursing care for post operative rectal cancer patient, as it has been shown to reduce pain intensity.

Keywords : Sugery, Rectal Cancer, Colostomy, Benson Relaxation Therapy

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim, segala puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, karena dengan rahmat dan hidayah-nya saya mendapatkan kesabaran, kekuatan dan inspirasi dalam menyelesaikan penyusunan laporan KIAN yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Kolostomi Dengan Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”

Saya menyadari dalam proses penyusunan laporan KIAN ini tidak mungkin dapat terselesaikan tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, saya dengan penuh kerendahan hati ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi , SE., M.Si Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kep.,M.Kep., selaku Ketua Prodi Profesi Ners Stikes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Andri Nugraha, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku pembimbing utama yang sangat sabar membimbing, mengarahkan dan memberikan masukan yang sangat membantu bagi penulis selama penyusunan kian ini.
6. Kepada Bapak ku tersayang Asep Rahmat, terima kasih karena telah percaya kepada anak perempuanmu satu-satunya untuk menggapai mimpinya serta cinta, doa, perjuangan, support dan motivasi yang telah diberikan sehingga saya percaya dapat menyelesaikan tugas akhir ini hingga selesai.
7. Kepada pintu syurga Ibuku tersayang Erni Martini, terima kasih atas semua doa yang selalu dipanjatkan kepada anak perempuanmu satu-satunya, ridho, kasih yang tak terbatas, kepercayaan serta dukungan yang diberikan karena tanpa itu semua saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini sampai selesai.
8. Kepada Ayahku tersayang Rahmat Darmawan, terima kasih atas segala doa, ridho, kepercayaan serta dukungan kepada anak perempuanmu satu-satunya karena tanpa itu semua saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini sampai selesai.
9. Kepada ketiga adik saya Brezie Muhammad Aliandra, Abiyasha Regan Anindra, Muhammad Rizky Al-Bukhori yang sangat saya cintai terima kasih atas dukungan yang telah diberikan kepada saya.
10. Kepada seluruh keluarga besar saya yang telah mendo'akan serta memberikan semangat kepada saya, terima kasih atas semuanya.

11. Kepada sahabat-sahabat saya yang telah bersama selama 5 tahun ini, Putri Pushpa Kirani, Amalia Rizka Suwarna, Aprilianti, Anissa Lutviana Marsela, Ai Anggraeni. Sekaligus menjadi keluarga, terima kasih telah menemani dan mensupport penulis, semoga kita bisa bersama seterusnya.
12. Kepada rekan-rekan Mahasiswa Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan tugas akhir ini.
13. Semua pihak yang telah membantu baik moril maupun materil yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu.
14. Terima kasih penulis sampaikan kepada seluruh *Group Kpop SEVENTEEN* yang telah menjadi sumber semangat dan penghibur di hari-hari berat penulis. Lewat lagu, konten dan seluruh kata-kata motivasi dari mereka, penulis belajar bahwa tak apa gagal dipercobaan pertama, karena ini adalah kali pertama penulis hidup. Terima kasih telah membuat penulis terus berusaha untuk bangkit dan melangkah lagi.
15. Terima kasih kepada diri saya sendiri yang telah bekerja keras, penuh dedikasi dan konsistensi dalam menyelesaikan tugas akhir ini. Saya menghargai setiap usaha, waktu dan energi yang telah saya curahkan. Ketekunan dan semangat untuk terus belajar telah membawa saya sampai pada titik ini. Semoga ini menjadi awal dari pencapaian-pencapaian lain dimasa depan. *Proud of me for anything.*

Saya menyadari bahwa penulisan laporan KIAN ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik

akan sangat berarti. Semoga laporan KIAN ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama pada perkembangan ilmu keperawatan.

Garut, September 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR BAGAN.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
1.5 Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Kanker Rectum	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Manifestasi Klinis	11
2.1.4 Patofisiologi	12
2.1.5 Klasifikasi Ca Rectum.....	14
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	15

2.1.7	Penatalaksanaan Medis	16
2.2	Konsep Nyeri	17
2.2.1	Definisi Nyeri	17
2.2.2	Etiologi Nyeri	18
2.2.3	Klasifikasi Nyeri	19
2.2.4	Pengukuran Skala Nyeri	23
2.2.5	Faktor yang Mempengaruhi Nyeri	26
2.3	Konsep Kolostomi	27
2.3.1	Definisi	27
2.3.2	Jenis-Jenis Kolostomi	27
2.3.3	Dampak Kolostomi	28
2.3.4	Perawatan Kolostomi	29
2.3.5	Proses Penyembuhan	30
2.4	Konsep Terapi Relaksasi Benson	32
2.4.1	Definisi Terapi Relaksasi Benson	32
2.4.2	Tujuan Terapi Relaksasi Benson	32
2.4.3	Manfaat Terapi Relaksasi Benson	33
2.4.4	Pendukung Terapi Relaksasi Benson	34
2.4.5	Standar Operasional Prosedur (SOP) Teknik Relaksasi Benson	35
2.5	<i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	38
2.5.1	Definisi	38
2.5.2	Tujuan EBP	39
2.5.3	Langkah-Langkah Pembuatan EBP	39
2.6	Konsep Asuhan Keperawatan	40
2.6.1	Pengkajian	40
2.6.2	Analisa Data	47
2.6.3	Diagnosis Keperawatan	50
2.6.4	Intervensi Keperawatan	52
2.6.5	Implementasi Keperawatan	64
2.6.6	Evaluasi Keperawatan	64

2.6.7	<i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	65
BAB III	TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	69
3.1	Tinjauan Kasus	69
3.1.1	Pengkajian	69
3.1.1.1	Identitas klien	69
3.1.1.2	Identitas Penanggung Jawab	70
3.1.1.3	Riwayat Kesehatan	70
3.1.1.4	Pemeriksaan Fisik	71
3.1.1.5	Aspek Psikologis	74
3.1.1.6	Aspek Psikososial dan Spiritual	76
3.1.1.7	Aktivitas Sehari-Hari	78
3.1.1.8	Pemeriksaan Penunjang	82
3.1.1.9	Terapi Medis	84
3.1.2	Analisa Data	85
3.1.3	Diagnosa Keperawatan	87
3.1.4	Intervensi Keperawatan	88
3.1.5	Implementasi Keperawatan	98
3.1.6	Catatan Perkembangan	118
3.2	Pembahasan	124
3.2.1	Pengkajian Keperawatan	124
3.2.2	Diagnosa Keperawatan	125
3.2.3	Intervensi Keperawatan	126
3.2.4	Implementasi Keperawatan	129
3.2.5	Evaluasi Keperawatan	129
3.2.6	<i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	132
BAB IV	KESIMPULAN DAN SARAN	134
4.1	Kesimpulan	134
4.2	Saran	136
4.2.1	Pelayanan Kesehatan	136
4.2.2	Peneliti Selanjutnya	136
	DAFTAR PUSTAKA	137

LAMPIRAN.....	141
----------------------	------------

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	(SPO) Perawatan Kolostomi.....	29
Tabel 2.2	(SOP) Teknik Relaksasi Benson	35
Tabel 2.3	Analisa Data	47
Tabel 2.4	Intervensi Keperawatan	52
Tabel 2.5	<i>Evidence Based Practice</i>	65
Tabel 3.1	Status Nyeri Skala Numerik	74
Tabel 3.2	Aktivitas Sehari-Hari.....	78
Tabel 3.3	Pola Eliminasi.....	79
Tabel 3.4	Pola Aktivitas Sehari-Hari.....	80
Tabel 3.5	Pola Istirahat Tidur	81
Tabel 3.6	Pemeriksaan Labolatorium.....	82
Tabel 3.7	Pemeriksaan Radiologi Foto Thorak	83
Tabel 3.8	Pemeriksaan Radiologi USG Abdomen	83
Tabel 3.9	Terapi Medis.....	84
Tabel 3.10	Analisa Data	85
Tabel 3.11	Intervensi Keperawatan	88
Tabel 3.12	Implementasi Keperawatan	98
Tabel 3.13	Catatan Perkembangan	118

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Skala Analog Visual	23
Gambar 2.2	Modifikasi VAS.....	24
Gambar 2.3	Skala NRS	24

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	<i>Pathway Ca Rectum</i>	13
-----------	--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Bimbingan.....	141
-----------------------------------	-----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembedahan adalah segala tindakan pengobatan yang menggunakan metode invasif dengan cara membuka atau memperlihatkan bagian tubuh yang akan dirawat dan umumnya dilakukan dengan membuat sayatan dan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Sayatan atau luka yang dihasilkan merupakan trauma bagi penderitanya dan hal ini dapat menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Salah satu prosedur pembedahan mayor pada pasien dengan Ca Rectum adalah laparatomi dengan pembuatan kolostomi. (Febriawati et al., 2023).

Pada hari kedua pasca operasi (POD 2) pasien umumnya masih mengalami nyeri luka operasi serta mulai menghadapi realita adanya stoma yang mengubah citra tubuh dan memengaruhi psikologis pasien. Tidak jarang pasien mengeluhkan rasa tidak nyaman saat melihat maupun merawat stoma. Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani pembedahan perut. Pasien pasca operasi pada umumnya mengalami nyeri, nyeri pasca bedah disebabkan oleh rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator nyeri (Febriawati et al., 2023).

Kanker rektum dapat menyebar dan mempengaruhi jaringan sekitarnya karena pertumbuhan sel yang tidak normal pada dinding rektum. Perubahan dalam cara buang air besar atau buang air besar dengan darah adalah gejala umum dari penyakit ini. Kanker rektum tumbuh di rektum, saluran yang menuju ujung usus besar. Rektum dimulai di ujung usus besar dan berakhir di saluran pendek yang menuju anus. Kanker kolorektal adalah istilah yang sering digunakan untuk menggambarkan kanker pada rektum atau usus besar (Siloam Hospital, 2025).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2023 Salah satu jenis kanker paling umum di dunia adalah kanker kolorektal, yang menyerang usus besar (kolon) atau rektum. Kanker ini dapat menyebabkan kematian atau kerusakan serius. Risiko terkena kanker kolorektal meningkat dengan usia. Sebagian besar kasus melibatkan orang di atas 50 tahun. Kanker usus besar merupakan penyebab kematian akibat kanker terbanyak kedua di dunia. Pada tahun 2020, diperkirakan terdapat lebih dari 1,9 juta kasus baru kanker kolorektal dan lebih dari 930.000 kematian akibat kanker kolorektal di seluruh dunia. Variasi geografis yang signifikan dalam tingkat insiden dan mortalitas diamati. Tingkat insiden tertinggi terdapat di Eropa, Australia, dan Selandia Baru, sementara tingkat mortalitas tertinggi terdapat di Eropa Timur. Pada tahun 2040, beban kanker kolorektal akan meningkat menjadi 3,2 juta kasus baru per tahun (peningkatan sebesar 63%) dan 1,6 juta kematian per tahun (peningkatan sebesar 73%).

Kanker kolorektal merupakan 10% dari semua kanker penyebab kematian, dan insidensi serta mortalitas didominasi oleh laki laki daripada perempuan. Insidensinya di Indonesia mencapai 19,1/ 100,000 untuk laki laki dan 15,6/ 100,000 untuk perempuan (Wibowo, 2023). Provinsi Jawa Tengah merupakan provinsi dengan jumlah estimasi penderita kanker terbanyak, yaitu sekitar 68.638 orang (2,1 per 1000 penduduk), kemudian peringkat kedua adalah Provinsi Jawa Timur, yaitu sebesar 61.230 orang (1,6 per 1000 penduduk) dan peringkat ketiga adalah Provinsi Jawa Barat, yaitu sebesar 45.473 orang (1,0 per 1000 penduduk) (Kemkes RI, 2019). Data penyakit Ca Rectum di RSUD Al-Ihsan sebanyak 25 orang dalam 5 tahun terakhir.

Kolostomi adalah stoma pada dinding perut yang mengalihkan aliran feses dari usus besar keluar tubuh. Umumnya dilakukan jika rectum atau anus tidak dapat berfungsi. Kondisi ini dapat bersifat sementara atau permanen, tergantung indikasinya. Kebanyakan stoma bersifat inkontinensia, artinya tidak ada kontrol volunter terhadap keluarnya flatus dan feses dari stoma. Hal ini menjadikan perawatan kolostomi sebagai prosedur wajib setelah pembuatan kolostomi. Perawatan kolostomi, sesuai namanya, merupakan istilah menyeluruh yang merujuk pada manajemen kolostomi, mulai dari pembuatannya hingga manajemen kulit peristomal, pemasangan alat kolostomi, hingga manajemen kesehatan mental selama proses pembuatan kolostomi (Maria & Lieske, 2023).

Nyeri adalah perasaan tidak nyaman dan tidak menyenangkan yang bisa membatasi kemampuan seseorang untuk melaksanakan rutinitas sehari-hari yang dirasakan pada setiap individu, nyeri biasanya timbul bila terjadi kerusakan jaringan tubuh. Nyeri yang tidak segera ditangani dapat berdampak pada fisik, perilaku, dan aktivitas sehari-hari sehingga penderita tidak dapat melakukan kegiatan sebagaimana biasa. Bahkan dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan syok, berbagai upaya dilakukan sebagai intervensi penanganan nyeri. Penanganan tersebut dapat berupa terapi farmakologi berupa pemberian obat-obatan penghilang nyeri atau menggunakan terapi non farmakologi yang biasa disebut juga terapi komplementer seperti teknik relaksasi, massage atau menggunakan bahan-bahan herbal. Salah satu teknik relaksasi yang biasa dilakukan adalah teknik relaksasi benson (Sudirman et al., 2023).

Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, menyebabkan penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperatur pada ekstremitas. Teknik relaksasi benson sangat efektif dilakukan pada klien yang merasakan nyeri. Teknik relaksasi benson adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi. Pemberian teknik relaksasi benson merupakan salah satu keadaan yang mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga terbentuk sistem penekanan nyeri

yang akhirnya akan menyebabkan penurunan nyeri dapat memberikan hasil yang sangat efektif dalam upaya mengurangi nyeri (Sudirman et al., 2023).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian adalah tindakan atau penanganan untuk memperingan gejala yang ada seperti penerapan teknik relaksasi benson untuk menurunkan intensitas nyeri.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis Karya Ilmiah Akhir ini bertujuan untuk melakukan analisis asuhan keperawatan pada Tn. N dengan gangguan sistem integument : post operasi laparotomy ca rectum POD 2 dengan intervensi penerapan teknik relaksasi benson untuk menurunkan intensitas nyeri di ruang khalid bin walid rsud al-ihسان provinsi jawa barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn. N dengan Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Kolostomi di wilayah kerja RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa barat.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. N dengan Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Kolostomi di wilayah kerja RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa barat.

3. Menyusun intervensi pada Tn. N dengan Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Kolostomi di wilayah kerja RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa barat.
4. Melaksanakan implementasi pada Tn. N dengan Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Kolostomi di wilayah kerja RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa barat.
5. Melakukan evaluasi pada Tn. N dengan Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Kolostomi di wilayah kerja RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa barat.
6. Menganalisa asuhan keperawatan sesuai dengan *Evidence Based Practice* (EBP) penerapan teknik relaksasi benson.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dengan adanya laporan ini dapat memberikan informasi, wawasan dan sebagian referensi mengenai asuhan keperawatan pada pasien post operasi laparotomy Ca Rectum, selain itu juga diharapkan perawat menetapkan standar asuhan keperawatan untuk mengembangkan praktik keperawatan dan memecahkan masalah khususnya dalam bidang keperawatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

Dapat digunakan sebagai informasi atau pengetahuan baru yang dapat dipakai untuk bahan tambahan pembelajaran serta melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi laparotomy Ca Rectum secara langsung di rumah sakit.

1.5 Sistematika Penulisan

Penulisan laporan ini yaitu menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dengan pengumpulan data dapat dikumpulkan secara langsung atau tidak langsung. Pada penulisan laporan ini terdiri dari beberapa bab yang terdiri dari :

- BAB I merupakan pendahuluan, yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat yang meliputi manfaat teoritis, manfaat praktis dan sistematika penulisan
- BAB II merupakan tinjauan pustaka, yang berisi tentang konsep dasar penyakit Ca Rectum, *Evidece Based Practice* penerapan teknik relaksasi benson dan konsep dasar proses keperawatan Ca Rectum
- BAB III merupakan tinjauan kasus dan pembahasan, tinjauan kasus membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata di lapangan, mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi sedangkan pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan

antara kasus yang nyata dengan teori yang ada dan pembahasan *evidence based practice* yang telah ditemui.

- BAB IV merupakan bab terakhir yang memuat kesimpulan dan saran, yang berisikan kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dan saran untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kanker Rectum

2.1.1 Definisi

Kanker rektum adalah tumbuhnya sel kanker yang ganas didalam permukaan usus besar atau rektum. 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 . Kanker rektum adalah pertumbuhan sel abnormal atau maligna pada daerah rektum. Kanker rectum adalah keganasan yang terjadi pada bagian rectum. Biasanya kanker rectum secara teori tergabung dengan kanker kolon, yang disebut kanker kolorectal menurut Muttaqin & Sari, (2014) dalam (Sabila, 2021).

2.1.2 Etiologi

Kanker rektum melibatkan kombinasi faktor genetik, lingkungan, dan gaya hidup yang berkontribusi terhadap perkembangan penyakit ini. Berikut adalah penjelasan rinci mengenai etiologi kanker rectum menurut (Siegel et al., 2020) & (Hossain et al., 2022).

1. Faktor Genetik

- 1) Riwayat Keluarga : Riwayat keluarga dengan kanker kolorektal atau sindrom genetik seperti Lynch syndrome dan familial adenomatous polyposis (FAP) meningkatkan risiko

individu terkena kanker rektum. Lynch syndrome, misalnya, disebabkan oleh mutasi pada gen perbaikan DNA seperti MLH1, MSH2, MSH6, dan PMS2.

2. Faktor Lingkungan dan Gaya Hidup

- 1) Diet: Pola makan tinggi lemak, rendah serat, serta konsumsi daging merah dan daging olahan berhubungan dengan peningkatan risiko kanker rektum. Penelitian menunjukkan bahwa daging olahan dan makanan berlemak dapat meningkatkan produksi zat-zat karsinogenik dalam usus.
- 2) Kebiasaan Merokok dan Alkohol: Merokok dan konsumsi alkohol berlebihan juga dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker rektum. Merokok menyebabkan paparan jangka panjang terhadap karsinogen, sementara alkohol dapat mempengaruhi metabolisme dan fungsi normal sel-sel usus.
- 3) Obesitas dan Kurangnya Aktivitas Fisik: Obesitas dan gaya hidup yang tidak aktif berkontribusi pada risiko lebih tinggi terkena kanker rektum. Lemak tubuh berlebih dapat mempengaruhi kadar hormon dan proses inflamasi dalam tubuh, yang pada gilirannya meningkatkan risiko kanker.

3. Faktor Medis

- 1) Riwayat Penyakit Radang Usus: Penyakit radang usus seperti kolitis ulserativa dan penyakit Crohn meningkatkan risiko perkembangan kanker rektum. Peradangan kronis yang berkepanjangan dapat menyebabkan perubahan seluler yang memicu kanker.
- 2) Polip Kolorektal: Polip adenomatosa pada usus besar dan rektum merupakan prekursor yang umum dari kanker rektum. Polip yang tidak diangkat dapat mengalami perubahan menjadi tumor ganas.

2.1.3 Manifestasi Klinis

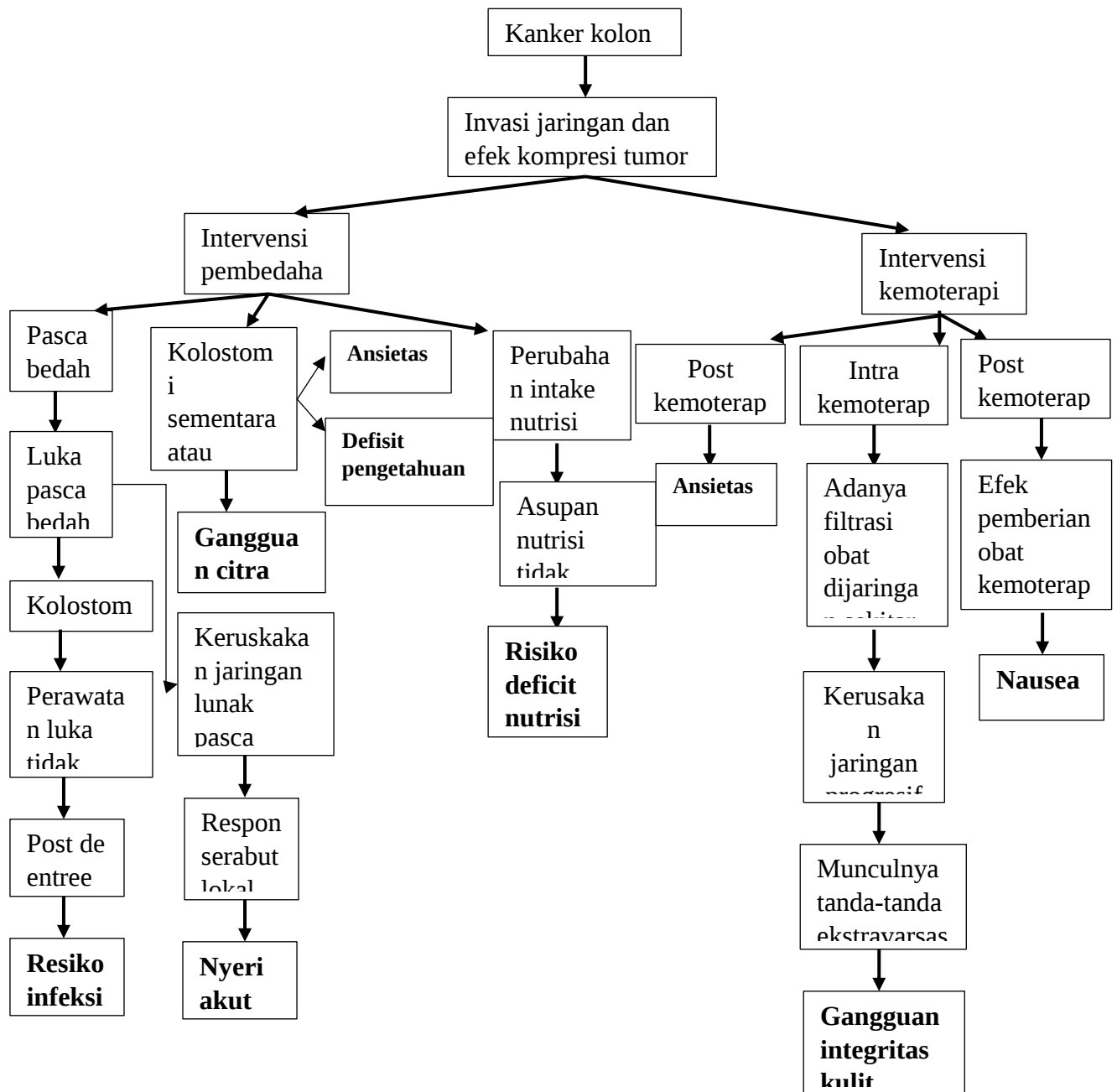
Manifestasi klinis kanker rektum dapat bervariasi tergantung pada stadium kanker dan lokasi spesifik tumor dalam rektum. Beberapa gejala umum yang sering dialami oleh penderita kanker rektum meliputi perubahan kebiasaan buang air besar seperti diare atau sembelit yang berlangsung lebih dari beberapa hari, perasaan bahwa usus tidak sepenuhnya kosong setelah buang air besar, dan adanya darah merah terang atau darah yang bercampur dengan tinja. Pasien juga mungkin mengalami nyeri atau kram perut yang persisten, rasa tidak nyaman atau sakit di rektum atau anus, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, kelelahan atau kelemahan yang berkepanjangan, rasa penuh atau kembung di perut, dan perubahan dalam pola buang air besar seperti dorongan mendesak untuk buang air besar yang tiba-tiba (Siegel et al., 2020).

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi kanker rektum merupakan proses kompleks yang dimulai dengan perubahan genetik dan epigenetik dalam sel epitel rektum. Kanker sering kali dimulai sebagai polip adenomatosa, pertumbuhan jinak pada mukosa rektum yang mengalami mutasi genetik pada onkogen seperti K-ras serta gen penekan tumor seperti APC dan TP53. Mutasi ini mengubah sel epitel normal menjadi sel neoplastik, awal dari transformasi menjadi kanker. Selanjutnya kanker rektum melibatkan faktor-faktor lingkungan seperti diet tinggi lemak, rendah serat, dan obesitas yang meningkatkan risiko transformasi polip adenomatosa menjadi kanker. Proses ini juga dapat dipengaruhi oleh kondisi inflamasi kronis dan penyakit inflamasi usus, yang memainkan peran penting dalam promosi karsinogenesis (Switon & Hill, 2023).

Sel-sel neoplastik mengalami peningkatan proliferasi dan invasivitas karena akumulasi lebih lanjut dari mutasi genetik. Mekanisme seperti angiogenesis memungkinkan tumor untuk tumbuh lebih besar dan mendapatkan suplai nutrisi yang cukup. Sel kanker dapat menyebar ke jaringan sekitarnya dan bermetastasis ke organ lain melalui pembuluh darah atau sistem limfatik, tahap yang dikenal sebagai metastasis. Peran genetik dan epigenetik yang kompleks juga berkontribusi pada perkembangan kanker rektum. Selain mutasi genetik, perubahan epigenetik seperti metilasi DNA dan perubahan dalam ekspresi microRNA memainkan peran penting dalam patogenesis. Jalur sinyal seperti Wnt, TGF- β , dan p53 juga terlibat dalam mengatur pertumbuhan dan proliferasi sel kanker dalam kanker rectum (Siegel et al., 2020).

Bagan 2.1 Pathway Ca Rectum



Sumber : (Wahyuningsing, 2018 dan PPNI, 2017)

2.1.5 Klasifikasi Ca Rectum

Menurut *National Cancer Institute* (2025) klasifikasi stadium kanker kolorektal dapat didefinisikan sebagai berikut:

a. Stadium 0 (Carsinoma in Situ):

kanker hanya terdapat pada lapisan terdalam rektum, belum menembus ke luar dinding.

b. Stadium I :

sel kanker telah tumbuh pada dinding dalam kolon atau rektum, tetapi belum menembus ke luar dinding.

c. Stadium II :

sel kanker telah menyebar ke dalam lapisan otot dari kolon atau rektum, tetapi sel kanker di sekitarnya belum menyebar ke kelenjar getah bening.

d. Stadium III :

kanker telah menyebar ke satu atau lebih kelenjar getah bening di daerah tersebut, tetapi tidak ke bagian tubuh yang lain.

e. Stadium IV :

kanker telah menyebar di bagian lain dari tubuh, seperti hati, paru-paru, atau tulang.

2.1.6 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 meningkat, indikasi telah mengenai hepar.

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

Menurut *National Cancer Institute* (2025) :

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.

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.

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.

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.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial. Pada pasien kanker, nyeri bisa berasal dari penyakit itu sendiri, tindakan medis atau komplikasi ((IASP), 2020).

Secara umum, nyeri diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut dalam serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis maupun emosional (Padila, 2014).

2.2.2 Etiologi Nyeri

1. Persepsi Nyeri

Menurut (Padila, 2014) Persepsi tentang nyeri bergantung pada jaringan kerja neurologis yang utuh. Neurofisiologi nyeri mengikuti proses yang dapat diperkirakan:

- a) Rangsangan bahaya diketahui melalui reseptor yang ditemukan di kulit, jaringan subkutan, sendi otot, periosteum, fascia dan visera. Nosiseptor (reseptor nyeri) adalah terminal seret delta A kecil yang diaktivasi oleh rangsangan mekanis, termal dan kimiawi. Rangsangan nosisptif di bawah tingkat kepala ditransmisikan melewati serat-serat aferen ini ke kornu dorsal medula spinalis.
- b) Rangsangan kemudian ditransmisikan melalui struktur yang sangat rumit yang mengandung berbagai susunan neuron dan sinaptik yang memfasilitasi derajat pemrosesan input sensori. Beberapa implus kemudian ditransmisi melalui neuron internunsial ke sel korn anterior dan anterolateral, tempatnya merangsang neuron yang mempersarafi otot skelet dan neuron simpatik yang mempersarafi pembuluh darah, visera dan kelenjar keringat. Implus ditransmisikan ke sistem asenden yang berartikulasi dengan batang otak.

- c) Implus yang naik ke otak kemudian masuk ke hipotalamus yang mengatur sistem autonomik dan respons neuroendokrin kognitif yang didasarkan pada pengalaman masa lalu, penilaian dan emosi.

2. Ekspresi Nyeri

Rasa nyeri muncul akibat respons psikis dan refleksi fisik. Kualitas rasa nyeri fisik dinyatakan sebagai nyeri tusukan, nyeri terbakar, rasa sakit, denyutan, sensasi tajam, rasa mual dan keram. Rasa nyeri dalam persalinan menimbulkan gejala yang dapat dikenali. Peningkatan sistem saraf simpatik timbul sebagai respons terhadap nyeri dan dapat mengakibatkan perubahan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan dan warna kulit. Seretan mual, muntah dan keringat berlebihan juga sangat sering terjadi (Padila, 2014).

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Menurut (Padila, 2014) nyeri dibedakan menjadi beberapa bagian :

1. Nyeri berdasarkan tempatnya

a) Perifer pain

Yaitu pada daerah perifer biasanya dirasakan pada permukaan tubuh seperti kulit dan mukosa.

b) Deep pain

Nyeri yang di rasakan dari struktur somatic dalam meliputi periosteum, otot, tendon, sendi, pembuluh darah.

c) Visceral / Splanic Pain

Nyeri terjadi pada organ visceral seperti renal colic, Cholesistitis, apendiksitis, ulkus gaster.

d) Referred Pain (nyeri alihan)

Nyeri yang diakibatkan penyakit organ atau struktur dalam tubuh (vertebrata, alat-alat visceral, otot) yang ditransmisikan kebagian tubuh di daerah yang jauh sehingga dirasakan nyeri pada bagian tubuh tertentu tetapi sebetulnya bukan asal nyeri.

e) Psikogenic Pain

Nyeri yang dirasakan tanpa penyebab organik tetapi akibat trauma psikologis yang mempengaruhi keadaan fisik.

f) Phantom Pain

Nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang sebenarnya bagian tubuh tersebut sudah tidak ada. Contoh: nyeri pada ujung kaki yang sebetulnya sudah di amputasi.

g) Intractable Pain: Nyeri yang resistan

2. Klasifikasi nyeri (Padila, 2014) secara umum berdasarkan durasi dibagi menjadi dua yaitu:

a) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. Tidak melebihi enam bulan, ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot.

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri, dan nyeri psikosomatis.

3. Klasifikasi nyeri (Padila, 2014) berdasarkan asalnya :

a) Nyeri nosiseptik

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious. Nyeri nosiseptor ini dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain.

b) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang di dapat pada struktur saraf perifer maupun sentral , nyeri ini lebih sulit diobati.

4. Klasifikasi nyeri (Padila, 2014) menurut sifatnya :

a) Incidental

Nyeri timbul sewaktu-waktu kemudian menghilang misalnya pada troma ringan.

b) Stedy

Nyeri yang timbul dan menetap dalam waktu lama.

c) Paroxymal

Nyeri yang dirasakan dengan intensitas tinggi dan kuat, biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit kemudian hilang dan timbul lagi.

2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri

Menurut (Uliyah & Hidayat, 2015) penilaian klinis nyeri dapat dilakukan dengan beberapa pengukuran yakni dengan skala Analog Visual (Visual Analog Scale-VAS), Skala pendeskripsi verbal (Verbar Descriptor Scale-VDS), dan penilaian Skala Numerik (Numerical Reting Scale-NRS).

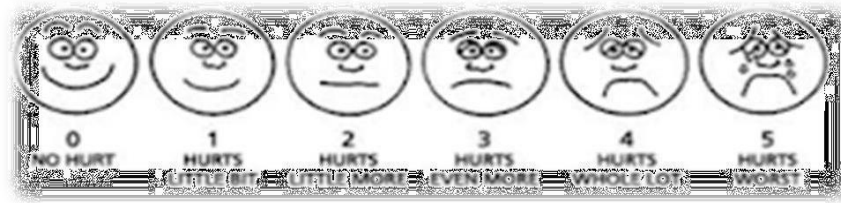
1. Skala Analog Visual (VAS)

Skala Analog Visual (VAS) merupakan skala nyeri yang berbentuk garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. VAS adalah pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitive karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada diperiksa memiliki satu kata.



Gambar 2.1 Skala Analog Visual

VAS memodifikasih dapat digunakan pada anak dan orang dewasa yang mengalami gangguan kognitif, menggantikan angka dengan kontinum wajah yang terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari yang sedang tersenyum (tidak merasakan nyeri), kemudian kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, smpai wajah yang sangat ketakutan (sangat nyeri).



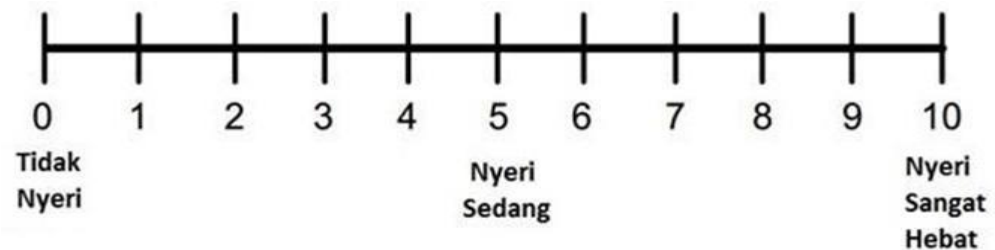
Gambar 2.2 Modifikasi VAS

2. Skala Pendeskripsi Verbal (Verbal Descriptor Scale-VDS)

VDS merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari tidak terasa nyeri sampai sangat nyeri (nyeri yang tidak tertahankan). Pengukuran menunjukkan kepada pasien skala tersebut memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya.

3. Penilaian Skala Numerik (Numerical Rating Scale-NRS)

NRS lebih banyak digunakan sebagai pengganti atau pendamping VSD. Dalam hal ini klien memberikan penilaian nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Penggunaan skala NRS biasanya dipakai patokan 10cm untuk menilai nyeri pasien (Murray & Huelsmann, 2013).



Gambar 2.3 Skala NRS

Keterangan :

1) Skala 0 : tidak nyeri

2) Skala 1-3 : nyeri ringan

Secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan manual dirasakan sangat membantu.

3) Skala 4-6 : nyeri sedang

Secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikan nyeri, klien dapat mengikuti perintah dengan baik dan responsive terhadap tindakan manual.

4) Skala 7-9 : nyeri berat

Secara objektif terkadang klien dapat mengikuti perintah tapi masih responsive terhadap tindakan manual, dapat menunjukkan lokasi nyeri tapi tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang, deskruksi dan lain-lain.

5) Skala 10 : nyeri sangat berat (panik tidak terkontrol)

Secara objektif klien tidak mau berkomunikasi dengan baik, berteriak dan histeris, klien tidak dapat mengikuti perintah lagi, selalu mengejan tanpa dikendalikan, menarik-menarik apa saja yang tergapai, dan tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri.

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Persepsi nyeri menurut (Potter & Perry, 2020) dipengaruhi oleh :

1. Faktor fisiologis

Faktor ini mencakup usia, jenis kelamin, kondisi kesehatan umum dan lokasi nyeri. Misalnya, lansia cenderung memiliki ambang nyeri yang berbeda dibandingkan usia muda dan wanita umumnya memiliki sensitivitas nyeri yang lebih tinggi karena pengaruh hormonal.

2. Faktor emosional dan psikologis

Kecemasan, stres, depresi dan ketakutan dapat memperburuk persepsi nyeri. Pasien yang cemas akan lebih sensitif terhadap rangsangan nyeri, sedangkan pasien yang tenang cenderung lebih mampu mengontrol rasa sakitnya.

3. Faktor sosial dan lingkungan

Dukungan keluarga dan lingkungan sangat berpengaruh terhadap toleransi nyeri. Pasien yang merasa didampingi cenderung melaporkan nyeri lebih ringan dibandingkan pasien yang merasa sendiri atau tidak didukung.

4. Faktor budaya dan latar belakang spiritual

Budaya membentuk cara seseorang memahami, merespon dan mengungkapkan nyeri. Beberapa budaya menuntut ekspresi nyeri yang ditahan, sementara yang lain menganggap ekspresi nyeri sebagai hal

wajar. Nilai spiritual atau keagamaan juga dapat membantu pasien mengelola nyeri melalui makna atau penerimaan.

2.3 Konsep Kolostomi

2.3.1 Definisi

Kolostomi adalah stoma pada dinding perut yang mengalihkan aliran feses dari usus besar keluar tubuh. Umumnya dilakukan jika rectum atau anus tidak dapat berfungsi. Kondisi ini dapat bersifat sementara atau permanen, tergantung indikasinya. Kebanyakan stoma bersifat inkontinensia, artinya tidak ada kontrol volunter terhadap keluarnya flatus dan feses dari stoma. Hal ini menjadikan perawatan kolostomi sebagai prosedur wajib setelah pembuatan kolostomi. Perawatan kolostomi, sesuai namanya, merupakan istilah menyeluruh yang merujuk pada manajemen kolostomi, mulai dari pembuatannya hingga manajemen kulit peristomal, pemasangan alat kolostomi, hingga manajemen kesehatan mental selama proses pembuatan kolostomi (Maria & Lieske, 2023).

2.3.2 Jenis-Jenis Kolostomi

Menurut (Price & Wilson, 2016) :

1. Berdasarkan bentuk dan tujuan, kolostomi dapat dibedakan menjadi :

- a. Kolostomi sementara

Biasanya dilakukan untuk memberikan waktu penyembuhan pada usus setelah operasi

b. Kolostomi permanen

Biasanya dilakukan apabila bagian rectum diangkat sepenuhnya, seperti pada kasus kanker rectum lanjut.

2. Berdasarkan letaknya, kolostomi dibedakan menjadi :

a. Kolostomi desenden (*desending colostomy*)

Tinja biasanya lebih padat

b. Kolostomi transversum (*transverse colostomy*)

Tinja berbentuk semi padat

c. Kolostomi sigmoid

Sering digunakan pada pasien kanker rectum, tinja biasanya berbentuk normal.

2.3.3 Dampak Kolostomi

Menurut (Putra, 2021) pemasangan kolostomi dapat menyebabkan perubahan besar dalam kehidupan pasien. Beberapa dampak yang sering terjadi :

a. Dampak fisik

Iritasi kulit disekitar stoma, nyeri akut, perubahan pola makan, risiko infeksi dan masalah perawatan luka.

b. Dampak psikologis

Perasaan malu, rendah diri dan kecemasan

2.3.4 Perawatan Kolostomi

Tujuan dalam perawatan kolostomi meliputi menjaga kebersihan pasien, mencegah infeksi, mencegah iritasi kulit sekitar stoma, mempertahankan kenyamanan pasien dan lingkungannya, serta mengganti kantong kolostomi. Kantong kolostomi harus dikosongkan jika sudah 1/3 atau 1/2 penuh. Mayoritas pasien dengan kolostomi mengganti kantong kolostominya 3 kali sehari hingga 3 kali seminggu, dengan rata-rata penggantian kolostomi secara rutin selama 1 hari sekali (Airlangga, 2021).

Tabel 2.1 (SPO) Perawatan Kolostomi

Pengertian	Membersihkan stom kolostomi, kulit sekitar stoma, dan mengganti kantong kolostomi secara berkala sesuai kebutuhan.
Tujuan	1. Menjaga kebersihan pasien. 2. Mencegah terjadinya infeksi. 3. Mencegah iritasi kulit sekitar stoma. 4. Mempertahankan kenyamanan pasien dan lingkungannya.
Indikasi	pasca operasi pembuatan stoma, setiap kali kantong stoma bocor/terlepas dari kulit pasien. Sesuai jadwal pergantian kantong stoma (setelah 3-7 hari pemakaian).
Alat dan Bahan	1. Kantong kolostomi 2. NaCl 0,9% 3. 2 pasang sarung tangan bersih 4. Masker 5. 2 buah bengkok 6. Betadine (bila diperlukan) 7. Obat topikal (bila diperlukan) 8. Perlak dan alasnya 9. Plester dan gunting bak instrumen berisi 10. Kassa steril 11. Kom kecil 1 12. 1 pinse ciruggis, 2 pinset anatomis, 2 kom
Prosedur	1. Salam terapeutik 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan 3. Menjaga privasi klien

	4. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan serta masker 5. Meletakkan pengalas dibawah area stoma dan mendekatkan bengkok 6. Menyiapkan kassa NaCl 0,9% untuk membersihkan luka stoma 7. Membuka kantong stoma lama secara hati-hati dengan menggunakan pinset lalu membuangnya ke dalam bengkok 8. Mengobservasi stoma dan keadaan kulit disekitar stoma serta keluaran dari stoma 9. Membersihkan area stoma dan kulit sekitar stoma dengan kassa NaCl 0,9% dengan bantuan pinset dengan cara dari dalam keluar, setelah bersih buka sarung tangan dan letakan sarung tangan ke bengkok 10. Gunakan sarung tangan bersih yang lain dan membalut bagian luar stoma dengan kassa NaCl 0,9% lembab atau memberikan obat topical (tipis-tipis) pada kulit sekitar stoma (bila diindikasikan) 11. Mengeringkan kulit menggunakan kassa sekitar area stoma 12. Mengukur ukuran lubang stoma dengan kantong kolostomi yang baru 13. Memasang kantong kolostomi yang baru sesuai kebutuhan pasien 14. Merapikan pasien dan merapikan alat-alat 15. Melepaskan sarung tangan dan masker serta mencuci tangan 16. Melakukan evaluasi dan kontrak untuk tindakan yang akan datang 17. Dokumentasi
--	--

Sumber : (Kemenkes, 2020)

2.3.5 Proses Penyembuhan

Luka adalah kerusakan pada fungsi perlindungan kulit disertai hilangnya kontinuitas jaringan epitel dengan atau tanpa adanya kerusakan pada jaringan lainnya seperti otot, tulang dan nervus yang disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu : tekanan, sayatan dan luka karena operasi. Penyembuha luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Sifat

penyembuhan pada semua luka bervariasi, bergantung pada lokasi, keparahan dan luas cedera. Ada 3 fase penyembuhan luka menurut (Kemenkes, 2022) yaitu :

1. *Fase Inflamasi*

Fase ini terjadi sejak terjadinya injuri hingga sekitar hari ke 5. Tubuh melakukan respon inflamasi untuk membersihkan jaringan mati dan mencegah infeksi. Perawatan meliputi : menjaga kebersihan kulit sekitar stoma, mengganti kantong stoma secara rutin, memantau tanda-tanda infeksi (rubor, calor, tumor, dolor, functio laesa).

2. *Fase Proliferasi*

Fase ini berlangsung sejak akhir fase inflamasi sampai sekitar 3 minggu. Pada fase ini terbentuk jaringan granulasi dan epitelisasi. Luka mulai menutup dan edema menurun. Perawatan meliputi : menjaga kelembaban area peristomal, penggantian kantong stoma secara teratur, pemantauan jaringan granulasi serta memastikan nutrisi adekuat untuk mendukung regenerasi jaringan.

3. *Fase Pematangan atau Remodelling*

Fase ini terjadi sejak akhir fase *proliferasi* dan dapat berlangsung berbulan-bulan. Pada fase ini jaringan kulit dan subkutan diperkuat, kolagen tersusun ulang dan bekas luka mulai matang. Perawatan difokuskan pada menjaga kelembaban kulit, mencegah tekanan atau

gesekan pada area stoma, evaluasi stoma secara berkala serta edukasi pasien tentang perawatan jangka panjang.

2.4 Konsep Terapi Relaksasi Benson

2.4.1 Definisi Terapi Relaksasi Benson

Relaksasi Benson yaitu suatu teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri, insomnia atau kecemasan. teknik pengobatan ini merupakan bagian pengobatan spiritual. Pada teknik ini pengobatan sangat fleksibel dapat dilakukan dengan bimbingan, bersama-sama atau sendiri. Teknik ini merupakan upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu faktor dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu (Samsugito, 2021).

2.4.2 Tujuan Terapi Relaksasi Benson

Tujuannya yaitu untuk memperbaiki ventilasi pada alveoli didalam paru, memelihara pertukaran gas dan mencegah atelektasi paru, serta bisa meningkatkan efisiensi batuk, menurunkan tingkat stress, baik stress secara fisik maupun stress secara emosional dan menurunkan intensitas nyeri serta menurunkan kecemasan dan menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolic (Soeharto, 2019).

Proses pernafasan pada relaksasi benson adalah proses masuknya oksigen via saluran nafas lalu masuk ke paru-paru dan diproses kedalam tubuh, kemudian akan diproses dalam paru-paru tepatnya dicabang bronkus dan akan disalurkan ke setiap bagian tubuh via pembuluh darah vena dan nadi agar dapat

memenuhi kebutuhan oksigen. Jika oksigen terpenuhi, maka manusia akan tetap dalam kondisi yang netral. Kondisi ini akan menimbulkan keadaan rileks secara umum pada manusia (Soeharto, 2019).

2.4.3 Manfaat Terapi Relaksasi Benson

Manfaat terapi relaksasi benson teruji dapat memodulasi stress terkait kondisi seperti marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronis, depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang (Proctor, 2020).

Menurut (Samsugito, 2021) manfaat dari teknik relaksasi benson adalah sebagai berikut :

1. Ketentraman hati, berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah.
2. Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah.
3. Detak jantung lebih rendah, mengurangi tekanan darah.
4. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit.
5. Tidur lelap kesehatan mental menjadi lebih baik.
6. Daya ingat lebih baik.
7. Meningkatkan daya berpikir logis.
8. Meningkatkan kreativitas.
9. Meningkatkan keyakinan.
10. Meningkatkan daya kemauan
11. Meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain.

2.4.4 Pendukung Terapi Relaksasi Benson

Menurut (Proctor, 2020) pendukung dalam terapi benson

1. Perangkat mental

Agar dapat memindahkan pikiran yang berada diluar diri, harus ada respon yang konstan. Respon tersebut dapat berupa kata-kata atau frasa yang singkat dan dapat diulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frasa yang singkat merupakan focus dalam melakukan teknik relaksasi benson. Focus pada kata atau frasa tertentu bisa meningkatkan kekuatan dasar dari respon teknik relaksasi dengan memberikan kesempatan faktor keyakinan untuk mempengaruhi penurunan kegiatan saraf simpatik.

2. Suasana tenang

Suasana yang tenang dapat meningkatkan efektivitas pengulangan kata atau frasa, sehingga dapat dengan mudah menghilangkan pikiran-pikiran yang mengganggu.

3. Sikap pasif

Sikap ini cukup bagus karena berfungsi dalam mengabaikan pikiran-pikiran yang mengganggu, sehingga bisa lebih berfokus pada pengulangan kata atau frasa.

2.4.5 Standar Operasional Prosedur (SOP) Teknik Relaksasi Benson

Tabel 2.2 (SOP) Teknik Relaksasi Benson

Standar Oprasional Prosedur	Teknik Relaksasi Benson
Pengertian	Relaksasi Benson yaitu suatu teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri, insomnia atau kecemasan. teknik pengobatan ini merupakan bagian pengobatan spiritual. Pada teknik ini pengobatan sangat fleksibel dapat dilakukan dengan bimbingan, bersama-sama atau sendiri. Teknik ini merupakan upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu faktor dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu (Samsugito, 2021).
Tujuan	Tujuannya yaitu untuk memperbaiki ventilasi pada alveoli didalam paru, memelihara pertukaran gas dan mencegah atelektasi paru, serta bisa meningkatkan efisiensi batuk, menurunkan tingkat stress, baik stress secara fisik maupun stress secara emosional dan menurunkan intensitas nyeri serta menurunkan kecemasan dan menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolic (Soeharto, 2019).
Manfaat	1. Ketentraman hati, berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah. 2. Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah. 3. Detak jantung lebih rendah, mengurangi tekanan darah.

	4. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit. 5. Tidur lelap kesehatan mental menjadi lebih baik. 6. Daya ingat lebih baik. 7. Meningkatkan daya berpikir logis. 8. Meningkatkan kreativitas. 9. Meningkatkan keyakinan. 10. Meningkatkan daya kemauan 11. Meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain.
Prosedur pelaksanaan	1. Persiapan perawat 1) Mengkaji tindakan yang akan dilakukan. 2) Memahami dan mengetahui prosedur tindakan yang akan dilakukan 2. Persiapan pasien 1) Pastikan pasien dalam keadaan sadar 2) Komunikasi terapeutik. 3) Pastikan identitas pasien. 4) Pasien tidak mengalami sesak dan nyeri berat. 5) Posisikan pasien dalam posisi yang nyaman. 6) Jelaskan tindakan dan tujuan yang akan dilakukan. 7) Kontrak waktu $\pm$ 30 menit. 3. Persiapan lingkungan

	1) Persiapkan lingkungan yang tenang. 2) Pertahankan privacy klien, pasang sampiran 4. Prosedur pelaksanaan 1) Anjurkan klien untuk memejamkan mata dengan pelan tidak perlu untuk dipaksakan sehingga klien merelaksasikan tubuhnya untuk mengurangi ketegangan otot, mulai dari kaki sampai ke wajah. 2) Anjurkan klien mulai bernafas dengan lambat lalu tarik nafas melalui hidung selama 4 detik , beri waktu 2 detik untuk tahan nafas kemudian hembuskan nafas melalui mulut selama 8 detik dengan bibir dibulatkan , dan teruskan selama 15 menit. 3) Klien diperbolehkan membuka mata untuk melihat. Bila sudah selesai tetap berbaring dengan tenang beberapa menit, mula-mula mata terpejam dan sesudah itu mata dibuka 4) Evaluasi perasaan klien
--	---

	5) Lakukan kontrak pertemuan selanjutnya 6) Dokumentasikan respon klien
--	--

Sumber : (Samsugito, 2021)

2.5 *Evidence Based Practice (EBP)*

2.5.1 Definisi

Evidence Based Practice (EBP) merupakan suatu kerangka kerja yang menguji, mengevaluasi dan menerapkan temuan- temuan penelitian dengan tujuan untuk memperbaiki pelayanan keperawatan kepada pasien (Viyan, 2023).

EBP merupakan salah satu teknik yang cepat untuk perkembangan dalam praktik keperawatan karena EBP mampu memberikan penanganan masalah – masalah klinis secara efektif yang mungkin terjadi disaat pemberian pelayanan kesehatan serta pemberian perawatan berdasarkan hasil – hasil penelitian yang tertera (Viyan, 2023).

EBP adalah penggabungan dari seorang perawat mengenai hasil penelitian yang didapatkannya dengan menerapkannya di praktik klinis kepada pasien serta ditambah dengan pilihan dari pasien dalam keputusan klinis (Viyan, 2023).

2.5.2 Tujuan EBP

Tujuan EBP memberikan data pada perawat praktisi berdasarkan bukti ilmiah agar dapat memberikan perawatan secara efektif dengan menggunakan hasil penelitian yang terbaik, menyelesaikan masalah yang ada di tempat pemberian pelayanan terhadap pasien, mencapai kesempurnaan dalam pemberian asuhan keperawatan dan jaminan standar kualitas dan memicu inovasi (Viyan, 2023).

2.5.3 Langkah-Langkah Pembuatan EBP

Berdasarkan (Viyan, 2023) terdapat 7 langkah dalam pembuatan EBP :

1. Menumbuhkan semangat menyelidiki.
2. Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICO/PICOT.
3. Mencari dan Mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian).
4. Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian).
5. Menghubungkan bukti-bukti terbaik dengan salah satu ahli diklinik/pelayanan serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan.
6. Mengevaluasi outcome.
7. Menyebarluaskan hasil EBP.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Komponen asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Asriani & Sartika, 2023).

2.6.1 Pengkajian

1. 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 coping mekanisme untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

2. Riwayat pengkajian nyeri

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

Q (Quality) : Bagaimana gejala dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan

R (Region) : Dimana gejala dirasakan ? apakah menyebar?

S (Skala): Seberapa tingkat keparahan dirasakan? Pada skala berapa?

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

3. 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.

4. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien post operasi mengalami tingkat kesadaran compos mentis.

2) Tanda-Tanda Vital

a. Tekanan darah

Biasanya tekanan darah dalam batas normal, tapi tergantung pada pasien apakah memiliki penyakit hipertensi atau tidak

b. Nadi

Nadi biasanya normal 60-100x/menit

c. Pernafasan

Pernafasan biasanya normal 16-20x/menit

d. Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien post operasi

3) Pemeriksaan fisik persistem

a. Sistem pernafasan

Pada inspeksi didapatkan pasien tidak sesak, tidak ada batuk, bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/m, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas. Pada palpasi tidak terdapat krepitasi. Pada perkusi suara paru normal sonor. Pada auskultasi tidak terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronchi, wheezing.

b. Sistem kardiovaskuler

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan tidak ada nyeri dada, crt <2 detik.

c. Sistem persyarafan dan musculoskeletal

a) Saraf I (Olfaktorius) : biasanya pasien dapat membedakan bau.

b) Saraf II (Optikus) : biasanya pasien bisa membaca dan melihat tanpa kacamata.

- c) Saraf III (Okulomotorius), IV (Trochlearis) dan VI (Abducens) : biasanya pasien dapat menggerakkan bola matanya sesuai dengan arahan, refleks pupil mengecil saat diberi rangsangan cahaya, pasien mampu melihat benda bergerak menjauh tanpa menoleh.
- d) Saraf V (Trigeminus) : biasanya pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam.
- e) Saraf VII (Fasialis) : biasanya pasien bisa senyum.
- f) Saraf VIII (Auditorius) : tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- g) Saraf IX (Glossofaringeus) dan X (Vagus) : uvula biasanya berada ditengah dan biasanya pasien bisa menelan.
- h) Saraf XI (Accessorius) : biasanya pasien bisa melawan tahanan
- i) Saraf XII (Hipoglossus) : biasanya pasien bisa menggerakkan lidahnya ke segala arah sesuai arahan
- j) Pemeriksaan muskuloskeletal

Biasanya pasien bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah.

d. Sistem integumen

Pada pemeriksaan apakah ada edema, ruam pada kulit.

e. Sistem perkemihan

Biasanya pada pasien post operasi didapatkan data pasien terpasang kateter, keadaan genitalia bersih atau tidak, apakah ada nyeri pada kateter.

f. Sistem pencernaan

Bagaimana bentuk abdomen, apakah ada nyeri tekan, bising usus, apakah ada pembesaran hepar, biasanya pada post operasi ca rectum pasien terpasang kolostomi.

g. Sistem penginderaan

Pada penginderaan pasien biasanya tidak mengalami masalah.

h. Sistem endokrin

Apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran jvp.

2.6.2 Analisa Data

Tabel 2.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - Mengeluh nyeri DO : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Pasca bedah ↓ Luka pasca bedah ↓ Kolostomi ↓ Kerusakan jaringan lunak pasca bedah ↓ Respon serabut local ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
2	DS : - DO : - Nyeri - Kerusakan jaringan atau lapisan kulit - Terdapat colostomi pada abdomen kiri	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Pasca bedah ↓ Luka pasca bedah ↓ Kolostomi ↓ Perawatan luka tidak intensif ↓ Post de entree ↓ Resiko infeksi	Resiko infeksi

3	DS : - Klien mengatakan malu - Klien mengatakan colostomi ditutup tas hitam karena takut baunya tercium DO : - Kehilangan bagian tubuh - Fungsi atau struktur tubuh hilang atau berubah	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Kolostomi sementara atau permanen ↓ Gangguan citra tubuh	Gangguan citra tubuh
4	DS : - Klien mengatakan khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi - Sulit berkonsentrasi DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak tegang - Klien sulit tidur	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Kolostomi sementara atau permanen ↓ Ansietas	Ansietas
5	DS : - Klien dan keluarga mengatakan tidak tahu cara mengganti kantong kolostomi DO :	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Kolostomi sementara atau permanen ↓	Defisit pengetahuan

	- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Defisit pengetahuan	
6	DS : - Klien mengatakan nyeri pada abdomen - Klien mengatakan nafsu makan menurun DO : - Bising usus hiperaktif - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat - Sariawan	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Perubahan intake nutrisi ↓ Asupan nutrisi tidak adekuat ↓ Risiko defisit nutrisi	Risiko defisit nutrisi
7	DS : - Klien mengatakan khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi - Sulit berkonsentrasi DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak tegang - Klien sulit tidur	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi kemoterapi ↓ Pre kemoterapi ↓ Ansietas	Ansietas
8	DS :- DO : - Kerusakan jaringan dan lapisan kulit	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓	Gangguan integritas kulit

		Intervensi kemoterapi ↓ Intra kemoterapi ↓ Adanya filtrasi obat dijaringan sekitar ↓ Kerusakan jaringan progresif irreversible ↓ Munculnya tanda- tanda ekstrasvasasi ↓ Gangguan integritas kulit	
9	DS : - Klien mengeluh mual - Klien mengatakan merasa ingin muntah - Klien mengatakan tidak berminat makan DO : - Klien tampak pucat - Klien tampak lemas - Klien tampak tidak bertenaga	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi kemoterapi ↓ Post kemoterapi ↓ Efek pemberian obat kemoterapi ↓ Nausea	Nausea

2.6.3 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.

3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan (pembedahan, kolostomi).
4. Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient.
5. Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
7. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan efek samping terapi radiasi (kemoterapi).
8. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis

2.6.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnose Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik	1. Untuk mengetahui gambaran objektif-subjektif nyeri sehingga intervensi tetap 2. Membantu mengukur tingkat nyeri secara kuantitatif untuk memantau perubahan 3. Mendeteksi nyeri pada asien yang sulit bicara 4. Menentukan faktor pencetus dan pereda nyeri agar dapat di minimalkan atau di maksimalkan

			Terapeutik : 8. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi terapi benson) 9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat dan tidur 11. Pertimbangkan jenis dan suber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 12. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 13. Jelaskan strategi meredakan nyeri 14. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 15. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 16. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk	5. Mengetahui pemahaman pasien 6. Menilai efektivitas terapi tambahan 7. Mencegah komplikasi akibat terapi 8. Membantu mengontrol nyeri 9. Membuat stimulasi nyeri menurun 10. Memperbaiki toleransi nyeri 11. Untuk membuat nyeri terapi lebih efektif 12. Mampu mengontrol nyeri 13. Menggunakan cara adaptif dalam mengatasi nyeri 14. Mampu melaporkan
--	--	--	---	---

			mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi terapi benson) Kolaborasi : 17. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	perubahan lebih cepat Menurunkan intensitas nyeri
2	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik : 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi : 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	1. Untuk mendeteksi adanya infeksi pada luka operasi 2. Mengurangi risiko transmisi kuman 3. Menjaga integritas kulit 4. Untuk mencegah penularan infeksi silang 5. Mengurangi kontaminasi dan infeksi pada prosedur invasif

			8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi : 10. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	6. Agar mengetahui tanda infeksi lebih awal 7. Untuk mencegah penularan infeksi 8. Mengetahui tanda infeksi lebih awal supaya mendapat penanganan segera 9. Mempercepat proses penyembuhan jaringan 10. Memberikan perlindungan terhadap infeksi
3	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan (pembedahan, kolostomi) (D.0083).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat citra tubuh meningkat (L.09067) dengan kriteria hasil:	Promosi citra tubuh (1.09305) Observasi : 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan	1. Untuk memahami perbedaan kebutuhan dan penerimaan citra tubuh

		1. Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh menurun 2. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan atau reaksi orang lain menurun	2. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 3. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri Terapeutik : 4. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 5. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 6. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan) Edukasi : 7. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh	2. Membantu mengenali dampak psikososial dari perubahan fisik 3. Untuk menilai tingkat penerimaan pasien 4. Membantu pasien memahami kondisi tubuhnya dan menyesuaikan diri dengan perubahan 5. Membantu pasien mengenali dampak psikologis dari perubahan fisik 6. Membantu mengidentifikasi faktor stressor
--	--	---	---	---

				7. Memberi kesempatan pasien mengekspresikan perasaan
4	Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient (D.0032)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 3. Nyeri abdomen menurun 4. Frekuensi makan meningkat	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Monitor asupan makanan Terapeutik : 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi :	1. Untuk mengetahui kondisi gizi awal pasien 2. Mencegah reaksi alergi 3. Meningkatkan nafsu makan 4. Memastikan asupan nutrisi sesuai 5. Menilai kecukupan nutrisi 6. Meningkatkan kenyamanan 7. Meningkatkan nafsu makan

			9. Anjurkan posisi duduk, jika mampu Kolaborasi : 10. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri), jika perlu	8. Membantu melancarkan pencernaan 9. Mempermudah proses menelan 10. Mengurangi hambatan
5	Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	Edukasi perawatan stoma (I. 12432) Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik : 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : 5. Jelaskan pentingnya teknik aseptik selama merawat stoma	1. Untuk mengetahui kesiapan keluarga dan pasien menerima penjelasan 2. Supaya informasi lebih jelas 3. Supaya keluarga dan pasien lebih siap 4. Memberi ruang pada keluarga dan pasien untuk bertanya hal

		4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat	6. Jelaskan pentingnya stoma terbebas dari sabun 7. Anjurkan area stoma agar tidak terkena pakaian 8. Anjurkan melapor jika ditemukan herniasi, atropi atau perburukan dari stoma 9. Ajarkan cara memonitor stoma (mis. karakteristik stoma, tanda dan gejala komplikasi, karakteristik feses) 10. Ajarkan cara perawatan stoma 11. Ajarkan penggunaan pasta atau powder sesuai kebutuhan	yang belum paham 5. Untuk mencegah infeksi 6. Karena bisa menyebabkan iritasi pada kulit sekitar stoma 7. Mencegah gesekan yang bisa menimbulkan luka atau iritasi 8. Supaya segera ditangani tenaga kesehatan 9. Membantu keluarga dan pasien mengenali kondisi normal dan komplikasi 10. Supaya mampu mandiri merawat stoma sehari-hari
--	--	--	---	--

				11. Membantu melindungi kulit sekitar stoma
5	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun	Reduksi ansietas (I.09314) Observasi : 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik : 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian Edukasi :	1. Mengetahui pemicu untuk penanganan cepat 2. Menilai kemandirian pasien 3. Deteksi dini kecemasan 4. Membantu pasien merasa aman 5. Memberi dukungan dan mengurangi rasa takut 6. Menentukan strategi koping 7. Membantu pasien

			8. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 9. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 10. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 11. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan Kolaborasi : 12. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	mengekspresikan perasaan 8. Mengurangi kecemasan 9. Kehadiran keluarga memberi rasa aman 10. Membantu pasien menyalurkan emosi 11. Membantu mengalihkan perhatian 12. Membantu menekan gejala ansietas
6	Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan efek samping terapi radiasi (kemoterapi) (D.0129)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat integritas kulit dan jaringan	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi) Terapeutik :	1. Menentukan tindakan yang tepat 2. Mencegah luka decubitus 3. Mencegah iritasi

		meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun	2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering 4. Gunakan produk berbahan ringan pada kulit sensitive Edukasi : 5. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion) 6. Anjurkan minum air yang cukup 7. Anjurkan meningkatkan buah dan sayur	4. Aman untuk kulit sensitive 5. Menjaga kelembaban kulit 6. Menghidrasi kulit 7. Untuk meregenasi kulit
7	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0076)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun (L.08065) dengan kriteria hasil: 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun	Manajemen mual (I.03117) Observasi : 1. Identifikasi pengalaman mual 2. identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan) 3. identifikasi penyebab mual (mis. pengobatan) Terapeutik :	1. Untuk menentukan intervensi yang tepat 2. Menilai sejauh mana mual memengaruhi asupan dan aktivitas pasien

		3. Nafsu makan meningkat	4. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis.rangsangan mual yang tidak menyenangkan) 5. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Edukasi : 6. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 7. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 8. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak Kolaborasi : 9. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu	3. Mengetahui faktor pencetus 4. Mengurangi rangsangan yang memperburuk mual 5. Meningkatkan nafsu makan 6. Memperbaiki toleransi tubuh terhadap mual 7. Mengurangi rasa tidak nyaman 8. Menurunkan stimulasi mual 9. Mengurangi gejala mual
--	--	---------------------------------	--	---

2.6.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan meliputi tindakan-tindakan yang merupakan suatu proses yang telah di rencanakan oleh perawat maupun hasil kolaborasi tim kesehatan lainnya untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan sesuai kebutuhan klien. Diharapkan juga tenaga kesehatan mampu bekerja sama dengan klien, keluarga serta anggota tim kesehatan yang terkait. Sehingga asuhan keperawatan yang di berikan dapat optimal dan komrehensif (Wahyuningsing, 2019).

2.6.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Ilahiyah, 2023).

2.6.7 *Evidance Based Practice (EBP)*

Tabel 2.5 *Evidance Based Practice*

No	Jurnal (Judul, Penulis, Tahun)	P	I	C	O	T
1	Relaksasi Benson terhadap Tingkat Persepsi Nyeri pada Pasien Ca Rectum Post Laparatomy di RSUD Nyi Ageng Serang (Renaldi et al., 2020)	Populasi pada penelitian ini sebanyak 105 pasien post laparatomy	Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri	Tidak ada pembanding dalam penelitian ini	Berdasarkan hasil pengolahan data didapatkan bahwa tingkat nyeri pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi Relaksasi Benson banyak responden yang mengalami penurunan tingkat nyeri ditunjukkan dari hasil uji statistik Wilcoxon dengan hasil $p\text{-value} 0.000$ ($P < 0.05$) yang berarti bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri post laparatomy yang bermakna antara sebelum dan sesudah diberikan terapi Relaksasi Benson, sehingga dapat	Januari-Maret 2020.

					disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terapi Relaksasi Benson terhadap tingkat nyeri sebelum dan sesudah pada pasien post laparatomy.	
2	Penerapan relaksasi benson untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi laparotomy Ca. Rectum di Ruang Bedah RSUD Raden Mattaher Jambi (Rifelda, 2024)	1 responden	Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri	Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini	Penerapan menunjukan bahwa setelah dilakukan penerapan terapi relaksasi benson selama 4 hari, terjadi penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi laparotomy ca rectum yang diukur melalui Numeric Rating Scale (NRS) dari 1-10 yaitu dari nyeri berat menjadi tidak ada nyeri.	2024
3	Penerapan terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan skala nyeri pada pasien dengan Ca	1 responden	Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri	Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini	Diperoleh hasil bahwa terjadi penurunan skala nyeri setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam dari skala nyeri sedang	Oktober 2023

	Rectum Post Laparotomi Eksplorasi Di Ruang Bedah Pria RSUP DR M.Djamil Padang (Saputra, 2023)				menjadi ringan yang diberikan selama 3 hari berturut-turut	
4	Penerapan teknik relaksasi benson pada pasien dengan Ca Rectum untuk mengurangi nyeri post operasi RSPAD Gatot Soebroto (Adiputra, 2023)	1 responden	Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri	Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini	Diperoleh hasil bahwa penerapan teknik relaksasi benson efektif dalam menurunkan intensitas nyeri dengan ca rectum dalam mengatasi nyeri post operasi dari skala nyeri 5 menjadi skala 1 yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut	2023
5	Penerapan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan intensitas nyeri dengan pasien post operasi laparotomi Ca Rectum di Ruang	1 responden	Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri	Tidak ada pembandingan dalam penelitian ini	Diperoleh hasil dengan teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi intensitas nyeri pada pasien ca recti dengan post operasi laparotomy dari skala nyeri 5 menjadi skala 2 yang	2023

	Bedah RSUP DR. M.Djamil Padang (Salakkokoai, 2023)				dilakukan selama 3 hari berturut-turut	
--	--	--	--	--	---	--

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

3.1.1.1 Identitas klien

Nama	: Tn. N
Tanggal Lahir	: 05 Agustus 1960
Umur	: 64 tahun
Pendidikan	: SMP
Jenis Kelamin	: Laki laki
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Kp. Bojongasih 04/05
Tanggal Masuk RS	: 22 April 2025
Tanggal pengkajian	: 25 April 2025
NO CM	: 009627xx
Diagnosa Medis	: Ca Rectum

3.1.1.2 Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. M
Tanggal Lahir	: 10 April 2000
Umur	: 24 Tahun
Pendidikan	: S1
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Guru
Alamat	: Kp. Bojongasih 04/05
Hubungan dengan klien	: Anak

3.1.1.3 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut

2. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pada saat pengkajian tanggal 25 April 2025 pukul 10.00 di ruang Khalid Bin Walid klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 5 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul, klien tampak meringis, klien memegang area perut dan klien terlihat gelisah.

3. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi. Klien tidak memiliki riwayat alergi makanan ataupun obat.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien. Keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular dan tidak ada yang memiliki penyakit keturunan.

3.1.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Penampilan Umum

- a. Keadaan umum : Klien terlihat lemas
- b. Tingkat kesadaran : Compos mentis (E4 M5 V6)

c. TTV

TD : 162/ 101 mmHg

Nadi : 92x/m

Suhu : 36°C

RR : 20x/m

SPO2 : 96%

BB : 50 Kg

2. Sistem Pernafasan

Pasien tidak ada sesak, tidak ada batuk, bentuk dada simetris, frekuensi 20x/menit, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada alat bantu nafas.

3. Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris, tidak ada nyeri dada, suara perkusi sonor, bunyi jantung lup dup.

4. Sistem Persyarafan dan Muskuloskeletal

Status memori panjang, dapat menjawab pertanyaan dengan baik, tutur bahasa baik, dapat berorientasi pada orang, waktu dan tempat, tidak terdapat masalah pada sistem persyarafan. Kekuatan otot pada ekstremitas atas baik bisa melawan tahanan dan gravitasi dengan kekuatan otot 5, pada ekstremitas bawah baik bisa melawan tahanan dan gravitasi dengan kekuatan otot 5.

5	5
5	5

5. Sistem Integumen

Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema. Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit.

6. Sistem Perkemihan

Bersih, klien terpasang kateter, produksi urine 1500 ml/hari, urine berwarna kuning jernih dan berbau khas.

7. Sistem Pencernaan

Bentuk abdomen datar, didapatkan luka post operasi laparotomi eksplorasi dengan luka insisi di abdomen tengah dengan panjang kurang lebih ± 15 cm, luka tampak kering, jahitan utuh. Pada kuadran kiri bawah abdomen terdapat pemasangan kolostomi dengan diameter sekitar 3 cm, mukosa stoma berwarna merah segar, lembab, dari kantong stoma sudah terdapat produksi feses padat agak cair berwarna coklat. Pada abdomen pasien masih terpasang selang drain serta keluaranya cairan serosanguinous ± 30 ml/24 jam, berwarna merah kecoklatan, tidak berbau, abdomen sedikit kembung, bising usus 8x/m.

8. Sistem Penginderaan

1. Mata : konjungtiva anemis, sclera berwarna putih, refleks pupil isokor, dapat digerakan ke segala arah sesuai arahan
2. Telinga : klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik, keadaan telinga bersih tidak terdapat serumen
3. Penciuman : bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat alat bantu pernafasan

4. Perasa : lidah bersih, masih bisa membedakan rasa

5. Peraba : klien bisa membedakan tekstur halus dan kasar

9. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ada peninggian pada JVP.

3.1.1.5 Aspek Psikologis

1. Status Nyeri

Tabel 3.1 Status Nyeri Skala Numerik

NO	INTENSITAS NYERI	DESKRIPSI
1.	☐ Tidak Nyeri	Pasien mengatakan tidak merasa nyeri
2.	☐ Nyeri Ringan	Pasien mengatakan sedikit nyeri atau Ringan
3.	☒ Nyeri Sedang	Pasien mengatakan nyeri sedang atau masih bisa ditahan, pasien nampak gelisah, pasien mampu sedikit berpartisipasi dalam perawatan
4.	☐ Nyeri Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak dapat ditahan atau berat, pasien sanga gelisah, fungsi mobilitas dan perilaku pasien Berubah
5.	☐ Nyeri Sangat Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak tertahankan atau sangat berat, perubahan ADL yang mencolok (ketergantungan), putus asa

2. Status Emosi

1) Bagaimana ekspresi hati dan perasaan klien :

Klien merasa sedih dengan kondisinya.

2) Tingkah laku yang menonjol :

Klien mengatakan malu karena terpasang stoma dan malu jika fesesnya tercium baunya oleh orang lain.

3) Suasana yang membahagiakan klien :

Klien bahagia ketika ada yang menjenguknya di rumah sakit tapi khawatir terhadap pandangan orang lain

4) Stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman :

Suasana yang berisik dan gaduh, klien suka dengan suasana yang tenang.

3. Gaya Komunikasi

Apakah klien tampak hati – hati dalam berbicara (~~Ya~~ / Tidak)*, apakah pola komunikasinya (Spontan / ~~Lambat~~)*, apakah klien menolak untuk diajak komunikasinya (~~Ya~~ / Tidak)*, apakah komunikasi klien jelas (Ya / ~~Tidak~~)*, Apakah klien menggunakan bahasa isyarat (~~Ya~~ / Tidak)*.

4. Pola Interaksi

1) Kepada siapa klien berespon : perawat dan dokter

- 2) Siapa orang yang dekat dan dipercaya klien : istri dan anak klien
- 3) Bagaimanakah klien dalam berinteraksi (Aktif / ~~Pasif~~)*
- 4) Tipe kepibradian klien (Terbuka / ~~Tertutup~~)*

5. Pola Pertahanan

Klien menerima kondisinya saat ini dengan penuh keikhlasan.

6. Dampak di Rawat di Rumah Sakit

(Apakah ada perubahan secara fisik dan psikologis selama klien dirawat di Rumah Sakit)

Selama dirawat di rumah sakit, klien menunjukkan perubahan fisik berupa adanya luka insisi laparotomy, pemasangan drain pada abdomen serta kolostomi yang berfungsi sebagai jalur eliminasi, pasien juga mengatakan nyeri pada luka operasi diperut. Dari sisi psikologis, klien mengatakan malu dengan kondisinya yang terpasang kantong stoma.

3.1.1.6 Aspek Psikososial dan Spiritual

1. Data Psikososial

- a. Persepsi klien tentang penyakit

Klien sudah menerima kondisinya saat ini

- b. Konsep diri

a) Identitas diri

Klien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki.

b) Harga diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan beraktivitas seperti biasanya.

c) Peran diri

Klien mengatakan dirinya adalah kepala keluarga.

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan beraktivitas seperti biasanya.

e) Hubungan/Komunikasi

Klien berkomunikasi dengan kooperatif dan tidak ada penolakan.

2. Data Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Klien beragama islam dan selalu shalat berjamaah.

b. Kegiatan beribadah

Klien suka mengikuti pengajian malam jum'at di masjid dengan bapak-bapak komplek.

3.1.1.7 Aktivitas Sehari-Hari

1. Pola Makan dan Minum

Tabel 3.2 Aktivitas Sehari-Hari

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	Pola Makan Keb. Kalori Jenis Porsi Frekuensi Diet khusus Kesulitan menelan Gigi palsu Nafsu makan Usaha mengatasi masalah	2.9.1.4,56 Nasi, daging, sayur 1 porsi penuh 3-4 x 1 hari Tidak ada Tidak ada Tidak ada Baik Tidak ada	1.980 Bubur halus, air kaldu ½ porsi 3x1 hari Cair bening Tidak ada Tidak ada Kurang Tidak ada
2	Pola Minum Jenis Frekuensi Jumlah Usaha mengatasi masalah	Air putih 8 gelas/hari 2L/hari Tidak ada	Air putih 3 gelas/hari ±1,5L/hari Tidak ada

2. Pola Eliminasi

Tabel 3.3 Pola Eliminasi

No	Jenis	Sebelum dirawat	Selama dirawat
1	BAB Frekuensi Warna Masalah Cara mengatasi masalah	2-3 x 1 hari Khas feses Tidak ada Tidak ada	2-3 x 1 hari klien terpasang kantong kolostomi Khas feses Nyeri Pemberian analgesik
2	BAK Frekuensi Jumlah output Warna Masalah Cara mengatasi masalah	5-6 x/hari 1000 ml Putih khas urine Tidak ada Tidak ada	Klien terpasang kateter 900 ml Kuning khas urine Tidak ada Tidak ada

3. Pola Aktivitas Sehari-Hari

Tabel 3.4 Pola Aktivitas Sehari-Hari

No	Jenis	Sehat					Selama dirawat				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1.	Mandi	√							√		
2.	Berpakaian	√							√		
3.	Eliminasi	√							√		
4.	Mobilisasi ditempat tidur	√							√		
5	Berpindah	√							√		
6	Berjalan	√							√		
7	Berbelanja			√					√		
8	Memasak			√					√		
9	Naik tangga	√							√		
10	Pemeliharaan rumah			√					√		

Keterangan

0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain-alat

4 = Tergantung/tidak mampu

4. Pola Istirahat tidur

Tabel 3.5 Pola Istirahat Tidur

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama Dirawat
1.	Tidur Siang		
	Lama Tidur	30 menit	1 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Mempermudah tidur	Tidak ada	Tidak ada
	Mempermudah bangun	Tidak ada	Tidak ada
2.	Tidur Malam		
	Lama Tidur	8 jam	8 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Mempermudah tidur	Suasana yang tenang	Suasana yang tenang
	Mempermudah bangun	Tidak ada	Tidak ada

3.1.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan : 22 April 2025

Hasil :

Tabel 3.6 Pemeriksaan Labolatorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Pemeriksaan Normal
	Hematologi		
	Differential		
	Hitung jenis leukosit		
	Basofil	0%	0-1
	Eosinofil	3%	2 - 4
	Batang	0%	2 - 6
	Segmen	54%	50 - 70
	Limfosit	26%	24-40
	Monosit	17%	2 – 8
	NLR	2.07	
	Darah rutin		12 – 16
	Hemoglobin	10.8 g/dL	13,0 – 18,0
	Lekosit	5200 sel//uL	3800 – 10600
	Eritrosit	3.60 juta/uL	4,5 – 6,5
	Hematokrit	31.8%	40 – 52
	Trombosit	186000 sel/uL	150000 – 440000
	MCV	88.3 fL	80 – 100
	MCH	30 pg	26 – 34
	MCHC	34%	32 – 36
	RDW-CV	18.4%	11,5 – 14,5
	RDW-SD	57.1 fL	

Tabel 3.7 Pemeriksaan Radiologi Foto Thorak

Foto Thorak : Cor tidak membesar Sinuses, diafragma normal. Pulmo : Hili normal Corakan bronkovaskulaer tidak bertambah Tidak tampak infiltrate maupun nodul/massa Kranialisasi (-)
Kesimpulan : Kardiomegali tanpa bendungan paru Tidak tampak TB paru aktif maupun pnemonia

Tabel 3.8 Pemeriksaan Radiologi USG Abdomen

USG : - Hepar : ukuran tidak membesar, sudut tajam, permukaan rata, tekstur parenkim halus, kapsul tidak menebal, tidak tampak bayangan nodul/massa. Vena porta dan vena hepatica tidak melebar. Tidak tampak koleksi cairan disekitarnya. - Kandung empedu : besar normal, dinding normal, tidak tampak batu/sludge. Duktus biliaris intra/ekstrahepatal : tidak melebar, tidak tampak bayangan hiperekhoik dengan acoustic shadow. - Spleen : ukuran tidak membesar, tekstur parenkim homogen halus, tidak tampak massa/klasifikasi. Duktus pankreatikus tidak melebar. - Prankeas : besar normal, kontur normal, parenkim normal, intensitas gema normal. Batas teksturs parenkim dengan central echocomplek normal. Tidak tampak bayangan hiperekhoik dengan acoustic shadow. Sistem pelvokalis tidak melebar. Ureter tidak terdeteksi. - Vesika urinaria : dinding tidak menebal, regular, tidak tampak bayangan hiperekhoik dengan acoustic shadow/massa, tampak koleksi cairan disekitarnya. - Prostat : ukuran tidak membesar, tekstur parenkim homogen. Tidak tampak protrusion prostat kedalam vesika urinaria. - Scan paraaorta : tidak tampak bayangan nodul hiperekhoik. - Tampak dilatasi usus-usus diabdomen tengah-bawah dengan vokal material yang prominent. Tampak koleksi cairan disekitarnya.
Kesan : - Acites di abdomen bawah - USG hepar, kandung empedu, spleen, prankeas, ginjal kanan/kiri, vesika urinaria dan prostat dalam batas normal - Tidak tampak pembesaran KGB paraaorta

3.1.1.9 Terapi Medis

Tabel 3.9 Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Golongan	Indikasi	Kontraindikasi
1	Ondansetron 3x1	4 mg	Antiemetik	Mengatasi mual dan muntah	Riwayat hipersensitivitas terhadap obat
2	Dexametason 3x1	5 mg	Kortikostteroid	Sebagai antiinflamasi	Riwayat hipersensitivitas terhadap obat
3	Ranitidine 3x1	50 mg	Antagonis reseptor histamin H2	Untuk penanganan GERD, ulkus peptikum	Riwayat hipersensitivitas terhadap obat
4	Ketorolac 3x1	30 mg	Analgesik non-opioid	Mengatasi nyeri sedang hingga berat pasca operasi	Riwayat hipersensitivitas terhadap obat
5	Ceftriaxone 2x1	1 g	Antibiotik sefalosporin generasi III	Mengatasi infeksi intra abdomen (pembedahan)	Riwayat hipersensitivitas terhadap obat

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3.10 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di bagian perut DO : - Klien tampak meringis - Klien memegang area perut - Klien terlihat gelisah - Klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10)	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Pasca bedah ↓ Luka pasca bedah ↓ Kolostomi ↓ Kerusakan jaringan lunak pasca bedah ↓ Respon serabut lokal ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
2	- DS : - - DO : - Nyeri - Kerusakan jaringan atau lapisan kulit - Terdapat colostomi pada abdomen kiri - Luka stoma berwarna merah muda - Luka post op laparotomi baik tidak ada kemerahan maupun nanah	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Pasca bedah ↓ Luka pasca bedah ↓ kolostomi ↓ Perawatan luka tidak intensif ↓ Post de entree ↓ Resiko infeksi	Resiko infeksi
3	DS :	Kanker kolon	Gangguan citra

	- Klien mengatakan malu - Klien mengatakan colostomi ditutup tas hitam karena takut baunya tercium DO : - Kehilangan bagian tubuh - Fungsi atau struktur tubuh hilang atau berubah	↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Kolostomi sementara atau permanen ↓ Gangguan citra tubuh	tubuh
4	DS : - Klien mengatakan khawatir dengan kondisi yang di alaminya - Klien khawatir dengan pandangan orang lain DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak tegang	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Kolostomi sementara atau permanen ↓ Ansietas	Ansietas
5	DS : - Klien dan keluarga mengatakan tidak tahu cara mengganti kantong kolostomi DO : - Klien dan keluarga tampak bingung	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Kolostomi sementara atau permanen ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan

	- Klien dan keluarga bertanya-tanya		
6	DS : - Klien mengatakan cepa kenyang saat makan - Klien mengatakan masih mual bila makan dalam porsi besar DO : - Klien hanya makan $\frac{1}{2}$ porsi dari yang disajikan - Mukosa mulut lembab	Kanker kolon ↓ Invasi jaringan dan efek kompresi tumor ↓ Intervensi pembedahan ↓ Perubahan intake nutrisi ↓ Asupan nutrisi tidak adekuat ↓ Risiko defisit nutrisi	Risiko defisit nutrisi

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (pembedahan)
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan (kolostomi)
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
5. Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient.

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SLKI)	Rasional
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077) ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di bagian perut - Klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) DO : - Klien tampak meringis - Klien memegang area perut - Klien terlihat gelisah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping	1. Untuk mengetahui gambaran objektif-subjektif nyeri sehingga intervensi tetap 2. Membantu mengukur tingkat nyeri secara kuantitatif untuk memantau perubahan 3. Mendeteksi nyeri pada asien yang sulit bicara 4. Menentukan faktor pencetus dan pereda nyeri agar dapat di minimalkan atau di maksimalkan

			penggunaan analgetik Terapeutik : 8. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi terapi benson) 9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat dan tidur 11. Pertimbangkan jenis dan suber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 12. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 13. Jelaskan strategi meredakan nyeri 14. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	5. Mengetahui pemahaman pasien 6. Menilai efektivitas terapi tambahan 7. Mencegah komplikasi akibat terapi 8. Membantu mengontrol nyeri 9. Membuat stimulasi nyeri menurun 10. Memperbaiki toleransi nyeri 11. Untuk membuat nyeri terapi lebih efektif 12. Mampu mengontrol nyeri 13. Menggunakan cara adaptif dalam mengatasi nyeri 14. Mampu melaporkan perubahan lebih cepat
--	--	--	--	---

			Kolaborasi : 15. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	15. Menurunkan intensitas nyeri
2	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (pembedahan) (D.0142) di tandai dengan : DS : - DO : - Didapatkan luka post operasi laparotomi eksplorasi dengan luka insisi di abdomen tengah dengan panjang kurang lebih ± 15 cm luka tampak kering, jahitan utuh - Pada kuadran kiri bawah abdomen terdapat pemasangan kolostomi dengan diameter sekitar 3 cm, mukosa stoma berwarna merah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik : 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema (perawatan luka operasi dan perawatan stoma) 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	1. Untuk mendeteksi adanya infeksi pada luka operasi 2. Mengurangi risiko transmisi kuman 3. Menjaga integritas kulit 4. Untuk mencegah penularan infeksi silang 5. Mengurangi kontaminasi dan infeksi pada prosedur invasif 6. Agar mengetahui tanda infeksi lebih awal 7. Untuk mencegah penularan infeksi

	segar, lembab, dari kantong stoma sudah terdapat produksi feses padat agak cair berwarna coklat. - Pada abdomen pasien masih terpasang selang drain serta keluarnya cairan serosanguinous $\pm$ 30 ml/24 jam, berwarna merah kecoklatan, tidak berbau, abdomen sedikit kembung - Bising usus 8x/m.		Edukasi : 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi : 10. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	8. Mengetahui tanda infeksi lebih awal supaya mendapat penanganan segera 9. Mempercepat proses penyembuhan jaringan 10. Memberikan perlindungan terhadap infeksi
3	Gangguan citra tubuh b.d efek tindakan atau pengobatan (kolostomi) (D.0083). di tandai dengan : DS : - Klien mengatakan malu - Klien mengatakan colostomi ditutup tas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat citra tubuh meningkat (L.09067) dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi perasaan negative tentang	Promosi citra tubuh (1.09305) Observasi : 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi perubahan citra tubuh yang	1. Untuk memahami perbedaan kebutuhan dan penerimaan citra tubuh 2. Membantu mengenali dampak

	hitam karena takut baunya tercium DO : - Kehilangan bagian tubuh - Fungsi atau struktur tubuh hilang atau berubah	perubahan tubuh menurun 2. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan atau reaksi orang lain menurun	mengakibatkan isolasi sosial 3. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri Terapeutik : 4. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 5. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 6. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis: luka, penyakit, pembedahan) Edukasi : 7. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh	psikososial dari perubahan fisik 3. Untuk menilai tingkat penerimaan pasien 4. Membantu pasien memahami kondisi tubuhnya dan menyesuaikan diri dengan perubahan 5. Membantu pasien mengenali dampak psikologis dari perubahan fisik 6. Membantu mengidentifikasi faktor stressor 7. Memberi kesempatan pasien mengekspresikan perasaan
--	---	---	---	---

4	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080) ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan khawatir dengan kondisi yang di alaminya - Klien khawatir dengan pandangan orang lain DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak tegang	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun	Reduksi ansietas (I.09314) Observasi : 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik : 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas	1. Mengetahui pemicu untuk penanganan cepat 2. Menilai kemandirian pasien 3. Deteksi dini kecemasan 4. Membantu pasien merasa aman 5. Memberi dukungan dan mengurangi rasa takut 6. Menentukan strategi koping 7. Membantu pasien mengekspresikan perasaan 8. Mengurangi kecemasan
---	--	--	--	---

			7. Dengarkan dengan penuh perhatian Edukasi : 8. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 9. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 10. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 11. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan Kolaborasi : 12. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	9. Kehadiran keluarga memberi rasa aman 10. Membantu pasien menyalurkan emosi 11. Membantu mengalihkan perhatian 12. Membantu menekan gejala ansietas
5	Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111) ditandai dengan : DS :	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat	Edukasi perawatan stoma (I. 12432) Observasi :	1. Untuk mengetahui kesiapan keluarga dan pasien

	- Klien dan keluarga mengatakan tidak tahu cara mengganti kantong kolostomi DO : - Klien dan keluarga tampak bingung - Klien dan keluarga bertanya-tanya	(L.12111) dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik : 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : 5. Jelaskan pentingnya teknik aseptik selama merawat stoma 6. Jelaskan pentingnya stoma terbebas dari sabun 7. Anjurkan area stoma agar tidak terkena pakaian 8. Anjurkan melapor jika ditemukan herniasi,	- menerima penjelasan 2. Supaya informasi lebih jelas 3. Supaya keluarga dan pasien lebih siap 4. Memberi ruang pada keluarga dan pasien untuk bertanya hal yang belum paham 5. Untuk mencegah infeksi 6. Karena bisa menyebabkan iritasi pada kulit sekitar stoma 7. Mencegah gesekan yang bisa menimbulkan luka atau iritasi
--	---	---	--	--

			atropi atau perburukan dari stoma 9. Ajarkan cara memonitor stoma (mis. karakteristik stoma, tanda dan gejala komplikasi, karakteristik feses) 10. Ajaran cara perawatan stoma 11. Ajarkan penggunaan pasta atau powder sesuai kebutuhan	8. Supaya segera ditangani tenaga kesehatan 9. Membantu keluarga dan pasien mengenali kondisi normal dan komplikasi 10. Supaya mampu mandiri merawat stoma sehari-hari 11. Membantu melindungi kulit sekitar stoma
6.	Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (D.0032) ditandai dengan : DS : - Klien mengatakan cepa kenyang saat makan - Klien mengatakan masih mual bila	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat	Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient	1. Untuk mengetahui kondisi gizi awal pasien 2. Mencegah reaksi alergi 3. Meningkatkan nafsu makan

	makan dalam porsi besar DO : - Klien hanya makan ½ porsi dari yang disajikan - Mukosa mulut lembab	2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 3. Nyeri abdomen menurun 4. Frekuensi makan meningkat	5. Monitor asupan makanan Terapeutik : 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi : 9. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 10. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri), jika perlu	4. Memastikan asupan nutrisi sesuai 5. Menilai kecukupan nutrisi 6. Meningkatkan kenyamanan 7. Meningkatkan nafsu makan 8. Membantu melancarkan pencernaan 9. Mempermudah proses menelan 10. Mengurangi hambatan
--	--	--	--	---

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.12 Implementasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	25 April 2025	1	09.00 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri H: klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 5 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul.	Pukul 14.10 S : - klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 5 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul. - TD: 150/90 mmhg - N: 95x/m - RR: 20x/menit - S: 36°C - SPO2 : 99% O : - Klien tampak meringis - Klien telah diajarkan teknik relaksasi benson (tarik nafas dalam) - Klien diberi terapi ketorolac 3x1 30 mg untuk mengurangi nyeri	Ayu S.N.A
			09.05 WIB	2. Mengidentifikasi skala nyeri H: klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10)		
			09.07 WIB	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal H: klien tampak meringis		

			09.10 WIB	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri H: klien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika beristirahat	A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4, 6,10	
			09.13 WIB	5. Memonitor efek samping penggunaan analgetik H: klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat		
			09.15 WIB	6. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi benson) H: klien merasa rileks dan nyeri sedikit berkurang		
			09.30 WIB	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri H: klien mengatakan membatasi pengunjung		

			09.32 WIB	8. Memfasilitasi istirahat tidur H: klien mengatakan setelah tidur merasa lebih baik		
			09.34 WIB	9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri H: klien mengerti apa yang disampaikan		
			09.36 WIB	10. Mengkolaborasi pemberian analgetik ketorolac 3x1 30 mg sesuai advice dokter H: klien diberikan terapi analgesik		
2	25 April 2025	2	09.38 WIB	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik H: keadaan luka baik, jahitan utuh	Pukul 14.15 S : - klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 5 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul. - TD: 150/90 mmhg	Ayu S.N.A
			09.40 WIB	2. Memberikan perawatan kulit pada area edema (perawatan luka operasi dan perawatan stoma)		

				H: keadaan luka operasi baik, luka kering, luas luka ± 15 cm, jahitan utuh, luka pada stoma berwarna merah segar, lembab, selang drainase keadaan luka baik 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien H : sudah dilakukan 4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi H: memakai APD lengkap 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi H: klien dan keluarga paham apa yang disampaikan	- N: 95x/m - RR: 20x/menit - S: 36°C - SPO2 : 99% O : - Klien tampak meringis - Klien telah diajarkan teknik relaksasi benson (tarik nafas dalam) - Telah dilakukan perawatan luka pada luka post operasi - Telah dilakukan perawatan stoma - Klien terpasang selang drain serta keluaranya cairan serosanguinos ± 30 ml/24 jam berwarna merah kecoklatan, tidak berbau - Bising usus 8x/m A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4	
		09.55 WIB				
		09.57 WIB				
		10.00 WIB				

			10.10 WIB	6. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar H: klien dan keluarga paham apa yang di sampaikan		
			10.12 WIB	7. Mengkolaborasi pemberian antibiotic ceftriaxone 2x1 sesuai advice dokter H: klien diberikan terapi antibiotik		
3	25 April 2025	3	10.15 WIB	1. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan H: klien mengatakan malu karena terpasang kantong stoma	Pukul 14.20 S : - klien mengatakan malu karena terpasang stoma O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi no 1, 2,	Ayu S.N.A
			10.20 WIB	2. Mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial H : klien mengatakan malu dan belum siap		

			10.23 WIB	menerima kondisi tubuhnya 3. Mendiskusikan perubahan tubuh dan fungsinya H: klien kooperatif saat dilakukan diskusi mengenai perubahan dan fungsi tubuhnya		
			10.27 WIB	4. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri H: klien mengatakan ingin berusaha menyesuaikan diri		
			10.30 WIB	5. Mendiskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (pembedahan) H: klien kooperatif dan menyatakan ingin mengatasi stress dengan dukungan keluarga serta berdoa		

			10.32 WIB	6. Mengajukan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh H : klien mengatakan ada perubahan pada fisiknya yaitu pemasangan kantong stoma		
4	25 April 2025	4	10.35 WIB 10.33 WIB 10.34 WIB	1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) H: klien mengatakan khawatir jika ada yang menjenguknya 2. Memonitor tanda-tanda ansietas H : klien terlihat khawatir 3. Memahami situasi yang membuat ansietas H : klien khawatir terhadap pandangan orang lain	Pukul 14.25 S : - klien mengatakan khawatir tentang pandangan orang lain pada dirinya O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi no 1, 2,3	Ayu S.N.A

			10.36 WIB	4. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien H: keluarga selalu menemani klien		
			10.38 WIB	5. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi H: klien mengatakan tentang perasaannya		
5	25 April 2025	5	10.40 WIB	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi H: klien dan keluarga siap untuk menerima informasi mengenai perawatan stoma	Pukul 14.30 S : - klien dan keluarga bertanya mengenai cara merawat stoma di rumah O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam - Memberikan edukasi cara merawat stoma A : - Masalah teratasi P : - Hentikan intervensi	Ayu S.N.A
			10.41 WIB	2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan H :klien dan keluarga setuju untuk diberikan informasi kembali besok		

			10.43 WIB	3. Memberikan kesempatan untuk bertanya H: klien dan keluarga bertanya		
			10.45 WIB	4. Menjelaskan pentingnya teknik aseptik selama merawat stoma H: klien dan keluarga memahami apa yang disampaikan		
			10.50 WIB	5. Menjelaskan pentingnya stoma terbebas dari sabun H: klien dan keluarga memahami apa yang disampaikan		
			10.53 WIB	6. Menganjurkan area stoma agar tidak terkena pakaian H: klien dan keluarga memahami apa yang disampaikan		
			10.55 WIB	7. Menganjurkan melapor jika ditemukan herniasi,		

				atropi atau perburukan dari stoma H: klien dan keluarga memahami apa yang disampaikan		
			11.58 WIB	8. Mengajarkan cara memonitor stoma (mis.tanda dan gejala komplikasi) H: klien dan keluarga memahami apa yang disampaikan		
			12.10 WIB	9. Mengajaran cara perawatan stoma H: klien dan keluarga memahami apa yang disampaikan		
			12.20 WIB	10. Mengajarkan penggunaan pasta atau powder sesuai kebutuhan H: klien dan keluarga memahami apa yang disampaikan		

6	25 April 2025	6	12.30 WIB	1. Mengidentifikasi status nutrisi H : klien mengatakan bb 50 kg	Pukul 14.35 S : - klien mengatakan makan habis ½ porsi - klien mengatakan mual jika makan dalam porsi besar O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam - Klien diberi terapi ondansetron 3x1 4 mg untuk mengurangi mual A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi no 4, 11	Ayu S.N.A
			12.33 WIB	2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan H: klien mengatakan tidak memiliki alergi		
			12.35 WIB	3. Mengidentifikasi makanan yang disukai H: klien mengatakan tidak pemilih dalam hal makanan		
			12.37 WIB	4. Memonitor asupan makanan H : klien hanya makan ½ porsi dari 1 porsi yang diberikan		
			12.40 WIB	5. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi H: klien diet cair bening		
			12.42 WIB	6. Menganjurkan posisi duduk, jika mampu		

			07.22 WIB	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal H: klien tampak meringis	teknik relaksasi benson (tarik nafas dalam)	
			07.24 WIB	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri H: klien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika beristirahat	- Klien terlihat sedikit gelisah A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	
			07.26 WIB	5. Memonitor efek samping penggunaan analgetik H: klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat		
			07.30 WIB	6. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi benson) H: klien merasa rileks dan nyeri sedikit berkurang		
			07.32 WIB	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri		

			07.35 WIB	H: klien mengatakan membatasi pengunjung 8. Memfasilitasi istirahat tidur H: klien mengatakan setelah tidur merasa lebih baik		
			07.37 WIB	9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri H: klien mengerti apa yang disampaikan		
			07.40 WIB	10. Mengkolaborasi pemberian analgetik ketorolac 3x1 30 mg sesuai advice dokter H: klien diberikan terapi analgesik		
2.	26 April 2025	2	08.00 WIB	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik H: keadaan luka baik, jahitan utuh	Pukul 14.15 S : - Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 4 (0-10) nyeri dirasakan hilang	Ayu.S.N.A
			08.05 WIB	2. Memberikan perawatan kulit pada area edema		

				(perawatan luka operasi dan perawatan stoma) H: keadaan luka operasi baik, luka kering, luas luka ± 15 cm, jahitan utuh, luka pada stoma berwarna merah segar, lembab, selang drainase keadaan luka baik	timbul. - TD: 150/90 mmhg - N: 95x/m - RR: 20x/menit - S: 36°C - SPO2 : 99%	
			08.20 WIB	3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien H : sudah dilakukan	O : - Klien tampak meringis - Klien telah diajarkan teknik relaksasi benson (tarik nafas dalam) - Telah dilakukan perawatan luka pada luka post operasi - Telah dilakukan perawatan stoma	
			08.21 WIB	4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi H: memakai APD lengkap	- Klien terpasang selang drain serta keluaranya cairan serosanguinos ± 20 ml/24 jam berwarna merah kecoklatan, tidak berbau	
			08.22 WIB	5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi H: klien dan keluarga paham apa yang disampaikan	- Bising usus 12x/m A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	

			08.25 WIB	6. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar H: klien dan keluarga paham apa yang di sampaikan		
			08.30 WIB	7. Mengkolaborasi pemberian antibiotic ceftriaxone 2x1 sesuai advice dokter H: klien diberikan terapi antibiotic		
3	26 April 2025	3	08.30 WIB	1. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan H: klien mengatakan malu karena terpasang kantong stoma	Pukul 14.20 S : - klien mengatakan malu karena terpasang stoma O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	Ayu.S.N.A
			08.33 WIB	2. Mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial H : klien mengatakan malu dan belum siap		

			08.35 WIB	menerima kondisi tubuhnya 3. Mendiskusikan perubahan tubuh dan fungsinya H: klien kooperatif saat dilakukan diskusi mengenai perubahan dan fungsi tubuhnya		
			08.37 WIB	4. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri H: klien mengatakan ingin berusaha menyesuaikan diri		
			08.40 WIB	5. Mendiskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (pembedahan) H: klien kooperatif dan menyatakan ingin mengatasi stress dengan dukungan keluarga serta berdoa		

			08.42 WIB	6. Mengajukan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh H : klien mengatakan ada perubahan pada fisiknya yaitu pemasangan kantong stoma		
4.	26 April 2025	4	08.45 WIB 08.46 WIB 08.47 WIB	1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) H: klien mengatakan khawatir jika ada yang menjenguknya 2. Memonitor tanda-tanda ansietas H : klien terlihat khawatir 3. Memahami situasi yang membuat ansietas H : klien khawatir terhadap pandangan orang lain	Pukul 14.25 S : - klien mengatakan khawatir tentang pandangan orang lain pada dirinya O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	Ayu.S.N.A

			08.49 WIB	4. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien H: keluarga selalu menemani klien		
			08.50 WIB	5. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi H: klien mengatakan tentang perasaannya		
5.	26 April 2025	5	09.00 WIB	1. Mengidentifikasi status nutrisi H : klien mengatakan bb 50 kg	Pukul 14.30 S : - klien mengatakan makan habis ½ porsi - klien mengatakan mual sudah berkurang O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam - Klien diberi terapi ondansetron 3x1 4 mg untuk mengurangi mual A : - Masalah teratasi sebagian	Ayu.S.N.A
			09.02 WIB	2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan H: klien mengatakan tidak memiliki alergi		
			09.03 WIB	3. Mengidentifikasi makanan yang disukai H: klien mengatakan tidak pemilih dalam hal makanan		

			09.05 WIB	4. Memonitor asupan makanan H : klien makan habis ½ porsi	P: - Lanjutkan intervensi	
			09.07 WIB	5. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi H: klien diet cair bening		
			09.10 WIB	6. Menganjurkan posisi duduk, jika mampu H : klien dalam posisi semi fowler jika akan makan		
			09.15 WIB	7. Mengkolaborasi pemberian ondansetron 3x1 sesuai advice dokter H: klien diberikan terapi ondansetron 3x1 4 mg		

3.1.6 Catatan Perkembangan

Tabel 3.13 Catatan Perkembangan

Tanggal	No Dx	Jam	Catatan Perkembangan (SOAPIE)	Paraf
27 April 2025	1	07.00 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 3 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul. - TD: 150/92 mmhg - N: 95x/m - RR: 20x/menit - S: 36.2°C - SPO2 : 97%	Ayu.S.N.A
		07.30 WIB	O : - Klien telah diajarkan teknik relaksasi benson (tarik nafas dalam) A : - Nyeri akut P : - Lanjutkan intervensi I : 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri	

		07.35 WIB 07.37 WIB 07.40 WIB 08.10 WIB	tidak menyebar, skala nyeri 3 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri R/klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/klien mengatakan nyeri sudah berkurang jika bergerak 4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi benson) R/klien merasa rileks dan nyeri berkurang 5. Mengkolaborasi pemberian analgetik ketorolac 3x1 sesuai advice dokter R/klien diberikan terapi analgesic E : - Masalah teratasi sebagian, hentikan intervensi	
	2	08.30 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 3 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul. - TD: 150/92 mmhg - N: 95x/m - RR: 20x/menit - S: 36.2°C - SPO2 : 97%	Ayu S.N.A

		08.35 WIB	O : - Klien telah diajarkan teknik relaksasi benson (tarik nafas dalam) - Telah dilakukan perawatan luka pada luka post operasi - Telah dilakukan perawatan stoma - Selang drain telah dilepas - Bising usus 12x/m	
		08.38 WIB	A : - Resiko infeksi	
		08.50 WIB	P : - Lanjutkan intervensi	
		08.52 WIB	I : 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik R/keadaan luka baik, jahitan utuh 2. Memberikan perawatan kulit pada area edema (perawatan luka operasi dan perawatan stoma) R/keadaan luka operasi baik, luka kering, luas luka ± 15 cm, jahitan utuh, luka pada stoma berwarna merah segar, lembab 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien R/sudah dilakukan 4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	

27 April 2025	4	09.15 WIB	S : - klien mengatakan khawatir tentang pandangan orang lain pada dirinya O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam A : - Ansietas P : - Lanjutkan intervensi I : 1. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) R/klien mengatakan berkurangnya rasa khawatir jika ada yang menjenguknya 2. Memonitor tanda-tanda ansietas R/klien terlihat khawatir 3. Memahami situasi yang membuat ansietas R/klien mengatakan khawatir terhadap pandangan orang lain	Ayu.S.N.A
		09.20 WIB		
		09.23 WIB		
		09.25 WIB	E : - Masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi	

27 April 2025	5	09.30 WIB	S : - klien mengatakan makan habis 1 porsi - klien mengatakan mual sudah berkurang	Ayu.S.N.A
		09.35 WIB	O : - Klien terpasang stoma - Stoma klien tertutup tas hitam - Klien diberi terapi ondansetron 3x1 4 mg untuk mengurangi mual	
		09.37 WIB	A : - Risiko defisit nutrisi P : - Lanjutkan intervensi I : 1. Memonitor asupan makanan R/ klien mengatakan porsi makan habis 1 porsi 2. Mengkolaborasi pemberian ondansetron 3x1 sesuai advice dokter R/klien diberikan terapi ondansetron 3x1 4 mg E : - Masalah teratasi, hentikan intervensi	

3.2 Pembahasan

Pada bab ini penyusun akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Dengan Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Dengan Intervensi Teknik Relaksasi Benson di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 25 April 2025 sampai dengan 27 April 2025.

Pada pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus dalam pelaksanaan secara nyata sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut (Muttaqin, 2008) pengkajian adalah tahap awal dari yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 April 2025, pengkajian dilakukan dengan metode *allowanamnesa* dan *autoanamnesa*, dimulai dari biodata klien, riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional kesehatan, pemeriksaan fisik persistem dan di dukung hasil labolatorium, hasil pemeriksaan penunjang dan terapi pengobatan.

Tn. N bertempat tinggal di Bojongasih, klien mengatakan nyeri pasa luka post operasi di perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 5 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul, klien tampak

meringis saat bergerak, klien tampak gelisah, klien tampak lemah, aktivitas klien dibantu keluarga. Data selanjutnya yang ditemukan pada klien adalah luka post operasi tampak tertutup perban, perban terlihat bersih dan tidak ada rembesan darah, terdapat kantong stoma pada abdomen kiri bawah dan selang drain yang keluar cairan serosanguinos ± 30 ml/24 jam berwarna merah kecoklatan, tidak berbau, bising usus 8x/m.

Dari hasil pemeriksaan didapatkan data skala nyeri 5 (0-10), keadaan umum klien terlihat lemas, tingkat kesadaran compos mentis. Hasil TTV adalah : TD : 162/101 mmHg, Nadi : 92x/m, Suhu : 36°C, RR : 20x/m, SPO2: 96%.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang mencakup respon klien, keluarga dan komunitas terhadap suatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses keperawatan (Deswani, 2013).

Dalam menegakan suatu diagnosa atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian dan diagnosa yang diangkat, diagnosa ini sesuai dengan kondisi klien pada saat dikaji.

Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. Prioritas pertama pada kasus Tn. N yaitu Nyeri Akut

berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan DS : klien mengatakan nyeri pada luka operasi di bagian perut, klien mengatakan skala nyeri 5 (0-10), DO : klien tampak meringis, klien memegang area perut, klien terlihat gelisah.

Diagnosa kedua adalah Risiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (pembedahan).

Diagnosa ketiga adalah gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan (pembedahan, kolostomi).

Diagnosa keempat adalah Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080).

Diagnosa kelima adalah Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).

Diagnosa keenam adalah Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient (D.0032)

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Penyusunan rencana tindakan keperawatan ini disesuaikan berdasarkan situasi dan kondisi serta sumber fasilitas yang ada. Masalah yang muncul pada Tn. N adalah Nyeri Akut, Risiko Infeksi, Gangguan Citra Tubuh, Ansietas, Defisit Pengetahuan dan Risiko Defisit Nutrisi. Penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis

berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu untuk nyeri aku berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) intervensi yang akan dilakukan lebih berfokus pada teknik nonfarmakologis yaitu Teknik Relaksasi Benson. Prosedur terapi relaksasi benson yaitu siapkan situasi ruangan/lingkungan tenang, atur posisi nyaman, kemudia pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala, atur nafas. Kemudia tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan dan terakhir pertahankan sikap pasif. Pada kasus ini dokter merespskan obat ketorolac 3x1 secara intravena sebagai terapi analgetik.

Intervensi untuk masalah risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive mengacu pada cara untuk pencegahan infeksi. Intervensi yang diberikan kepada Tn. N berupa monitor tanda dan gejala infeksi, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan luka da ganti perban serta kantong stoma, cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien, pertahankan teknik aseptik, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, jelaskan tanda infeksi, anjukan meningkatkan asupan nutrisi. Dalam melaksanakan intervensi ini perawat harus melibatkan klien dalam modalitas sehingga terjadi upan balik yang baik antara perawat dan klien.pada kasus ini doktrer meresepkan obat ceftriaxone 2x1 secara intravena sebagai terapi antibiotik.

Intervensi untuk masalah Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan (kolostomi) dapat dilakukan

identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan, identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial, monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri, diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya, diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis, luka, penyakit, pembedahan), anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh.

Intervensi untuk masalah Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dapat dilakukan Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor), Memonitor tanda-tanda ansietas, Memahami situasi yang membuat ansietas, Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.

Intervensi untuk masalah Deficit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dapat dilakukan Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Memberikan kesempatan untuk bertanya, Menjelaskan pentingnya teknik aseptik selama merawat stoma, Menjelaskan pentingnya stoma terbebas dari sabun, Menganjurkan area stoma agar tidak terkena pakaian, Menganjurkan melapor jika ditemukan herniasi, atropi atau perburukan dari stoma, Mengajarkan cara memonitor stoma (mis.tanda dan gejala komplikasi), Mengajaran cara perawatan stoma, Mengajarkan penggunaan pasta atau powder sesuai kebutuhan.

Intervensi untuk masalah Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient dapat dilakukan Mengidentifikasi status nutrisi, Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, Mengidentifikasi makanan yang disukai, Memonitor asupan makanan, Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Menganjurkan posisi duduk, jika mampu, Mengkolaborasi pemberian ondansetron 3x1 sesuai advice dokter.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah di rencanakan. Penulis tidak menemukan data atau respon yang menyimpang antara teori dan praktek lapangan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis selalu menjelaskan kepada klien sesuai prosedur sehingga klien kooperatif dan mendukung tindakan keperawatan yang dilakukan. Secara keseluruhan, pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terlaksana secara lancar sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan post operasi pada Tn.N penulis menemukan enam masalah dimana tiga dari enam masalah keperawatan tersebut tidak teratasi karena pasien dipulangkan atas izin dokter, yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

(prosedur operasi), Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan (kolostomi) dan Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Adapun masalah yang teratasi, yaitu Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (pembedahan), Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, sebab tujuan dan hasil asuhan keperawatan sudah mencukupi data untuk menetapkan ketiga diagnosa tersebut sebagai masalah yang sudah teratasi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit penulis mengevaluasi pasien dan didapatkan hasil :

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang awalnya berada pada skala 5 (0-10) sehingga masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien pulang di hari ke lima.

Hasil evaluasi pada diagnosa Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (pembedahan) setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam tidak didapatkan tanda-tanda infeksi, keadaan luka baik, jahitan utuh, tidak ada kemerahan, edema ataupun nanah. Pada luka stoma didapatkan warna stoma berwarna merah, keadaan lembab, klien maupun keluarga memahami bagaimana cara melakukan perawatan luka setelah di

demonstrasikan saat melakukan perawatan luka dan perawatan stoma. Sehingga masalah Risiko Infeksi teratasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan (kolostomi) setelah dilakukan perawatan 3x24 jam klien mengatakan khawatir tentang penampilan fisik dan penerimaan lingkungan sosial serta klien mengatakan akan berusaha untuk tetap berhubungan dengan keluarga dan teman meskipun ada perubahan pada fisiknya. Sehingga masalah Gangguan Citra Tubuh teratasi sebagian.

Hasil evaluasi pada diagnosa Ansietas berhubungan dengan krisis situasional setelah dilakukan perawatan 3x24 jam klien mengatakan klien mengatakan berkurangnya rasa khawatir jika ada yang menjenguknya, klien terlihat khawatir, klien mengatakan khawatir terhadap pandangan orang lain. Sehingga masalah Ansietas teratasi sebagian.

Hasil evaluasi pada diagnosa Deficit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam keluarga dan klien mengatakan sudah paham akan cara perawatan stoma tetapi setiap penulis akan melakukan perawatan stoma selalu dievaluasi kembali. Sehingga masalah Deficit Pengetahuan teratasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient setelah dilakukan

perawatan selama 3x24 jam klien mengatakan porsi makan habis 1 porsi serta mual sudah berkurang.

3.2.6 *Evidance Based Practice (EBP)*

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.N dengan diagnosa medis Poost Operasi Laparotomi Ca Rectum dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu Nyeri akut. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi Teknik Relaksasi Benson yang bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri. Relaksasi Benson yaitu suatu teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri, insomnia atau kecemasan. teknik pengobatan ini merupakan bagian pengobatan spiritual. Pada teknik ini pengobatan sangat fleksibel dapat dilakukan dengan bimbingan, bersama-sama atau sendiri. Teknik ini merupakan upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu faktor dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu.

Pada kasus diatas penulis mengambil masalah utama Nyeri Akut dengan melakukan Teknik Relaksasi Benson untuk mengurangi intensitas nyeri pasien selama 3x24 jam. Pada penelitian ini penulis menemukan bahwa Terapi Relaksasi Benson dapat mengurangi intensitas nyeri, hal ini ditandai dengan berkurangnya skala nyeri dari 5 (0-10) menjadi 3 (0-10). Teknik relaksasi benson juga diperkuat dengan *Evidance Based Practice (EBP)*.

Berdasarkan hasil telaah 5 jurnal yang telah saya dapatkan bahwa pasien yang post operasi laparotomi ca rectum akibat nyeri dapat berkurang setelah menerapkan teknik relaksasi benson. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh (Renaldi et al., 2020) terdapat pengaruh yang signifikan terapi Relaksasi Benson terhadap tingkat nyeri sebelum dan sesudah pada pasien post laparotomy. (Rifelda, 2024) setelah dilakukan penerapan terapi relaksasi benson selama 4 hari, terjadi penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi laparotomy ca rectum. (Saputra, 2023) bahwa terjadi penurunan skala nyeri setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam dari skala nyeri sedang menjadi ringan yang diberikan selama 3 hari berturut-turut. (Adiputra, 2023) teknik relaksasi benson efektif dalam menurunkan intensitas nyeri dengan ca rectum dalam mengatasi nyeri post operasi dari skala nyeri 5 menjadi skala 1 yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut. (Salakkokoai, 2023) teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi intensitas nyeri pada pasien ca recti dengan post operasi laparotomy dari skala nyeri 5 menjadi skala 2 yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

Dengan demikian berdasarkan hasil jurnal yang telah dilakukan Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri dapat disimpulkan bahwa Penerapan Teknik Nafas Dalam berpengaruh dalam menurunkan intensitas nyeri.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Tn. N dengan Post Operasi Ca Rectum dari tanggal 25 April 2025-27 April 2025 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian status kesehatan secara lengkap, dan mampu menganalisa data yang timbul Pada Tn. N Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Dengan Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
2. Penulis mampu melakukan diagnosis asuhan keperawatan yang tepat berdasarkan prioritas masalah yang timbul Pada Tn. N Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Dengan Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
3. Penulis mampu merencanakan asuhan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang timbul Pada Tn. N Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Dengan Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Di Ruang Khalid Bin Walid

RSUD al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

4. Penulis mampu melakukan implelementasi keperawatan yang telah disusun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki pada Tn. N Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Dengan Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
5. Penulis mampu mengevaluasi dari semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan dalam mengatasi pada Tn. N Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Dengan Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
6. Penulis mampu mendokumentasikan dari semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan dalam mengatasi masalah pada Tn. N Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Operasi Laparotomi Ca Rectum POD 2 Dengan Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
7. Penulis mampu menganalisis terkait asuhan keperawatan yang

diberikan dengan Intervensi Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri berbasis *Evidence Based Practice* (EBP).

4.2 Saran

4.2.1 Pelayanan Kesehatan

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan pengetahuan serta dapat mempertimbangkan untuk memasukkan teknik relaksasi benson sebagai bagian dari standar operasional prosedur (SOP) dalam manajemen nyeri post operasi, khususnya pada pasien Ca Rectum.

4.2.2 Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat mengeksplorasi kombinasi teknik relaksasi benson dengan intervensi nonfarmakologis lainnya seperti terapi musik atau aroma terapi guna membandingkan epektifitasnya dalam manajemen nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- (IASP), I. A. F. T. S. O. P. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*.
<https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Adiputra, D. (2023). Penerapan teknik relaksasi benson pada pasien dengan Ca Rectum untuk mengurangi nyeri post operasi RSPAD Gatot Soebroto. In *Aleph* (Vol. 87, Issue 1,2).
[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167638/341506.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/8314/LOEBLEIN%2C LUCINEIA CARLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://antigo.mdr.gov.br/saneamento/prooes](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/167638/341506.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/8314/LOEBLEIN%2C%20LUCINEIA%20CARLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://antigo.mdr.gov.br/saneamento/prooes)
- Airlangga, U. (2021). *Tips Melakukan Perawatan Kolostomi*.
[https://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/1688-tips-melakukan-perawatan kolostomi](https://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/1688-tips-melakukan-perawatan-kolostomi)
- Asriani, N., & Sartika, D. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post SC. *Jurnal Keperawatan Ibu Dan Anak*, 5(1), 22–30.
- Febriawati, H., Weti, Angraini, W., Rombe, M., & Hidayanti, Y. (2023). Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendisitis Di Rsud Dr. M. Yunus Bengkulu. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 11(1), 55–63. <https://doi.org/10.36085/jkmb.v11i1.4914>
- Hossain, M. S., Karuniawati, H., Joirun, A. A., Urbi, Z., Ooi, D. J., Jhon, A., Lim, Y. C., Kibria, K. M. K., Mohiuddin, A. M., Ming, L. C., Goh, K. W., & Hadi, M. A. (2022). Colorectal Cancer: A Review of Carcinogenesis, Global. *National Library Of Medicine*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8996939/>
- Ilahiyah, N. (2023). Evaluasi Asuhan Keperawatan Berbasis SDKI-SLKI-SIKI.

Bandung: Mitra Cendekia.

Kemenkes. (2020). *Standar Prosedur Operasional (SPO) Perawatan Kolostomi*.

Kemenkes. (2022). *Jenis dan Fase Penyembuhan Luka*.

<https://keslan.kemkes.go.id>

Maria, A., & Lieske, B. (2023). *Colostomy Care*.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560503/>

Murray, R. B., & Huelsmann, J. L. (2013). *Foundations of Nursing*. Philadelphia: Elsevier.

Padila. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*.

<https://www.numed.id/produk/buku-ajar-keperawatan-medikal-bedah/>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2020). *Fundamental of Nursing*.

Price, S. A., & Wilson, L. M. (2016). *Patofisiologi Konsep Klinik Proses-Proses Penyakit Edisi 8*.

Putra, A. R. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Rectum Dengan Pemasangan Stoma. *Jurnal Kesehatan Prima*.

Renaldi, A., Maryana, & Donsu, J. D. T. (2020). Relaksasi Benson terhadap Tingkat Persepsi Nyeri pada Pasien Ca Recti Post Laparatomy di RSUD Nyi Ageng Serang. *Jurnal Keperawatan*, 9(1), 50–59.

Rifelda, N. (2024). Penerapan relaksasi benson untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi laparotomi Ca. Rectum di Ruang Bedah RSUD Raden Mattaher Jambi. *Universitas Jambi*, 3(1), 1–15.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpj.2015.06.056>
<https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827>
<https://semisupervised-3254828305.semisupervised.ppt>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005>

Sabila, M. (2021). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. S

DENGAN DIAGNOSIS MEDIS MALIGNANT NEOPLASM OF RECTUM DI RUANG B1 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA.
Suparyanto Dan Rosad (2015, 5(3), 248–253.

- Salakkokoai, M. (2023). Penerapan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan intensitas nyeri dengan pasien post operasi laparotomi Ca Rectum di Ruang Bedah RSUP DR. M.Djamil Padang. *Galang Tanjung*, 2504, 1–9.
- Samsugito, I. (2021). Modul Relaksasi Benson 2021. In *Universitas Mulawarman* (pp. 1–21).
- Saputra, J. O. (2023). Penerapan terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan skala nyeri pada pasien dengan Ca Recti Post Laparotomi Eksplorasi Di Ruangan Bedah Pria RSUP DR M.Djamil Padang. *Repo.Stikesalifah.Ac.Id*.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2020). Cancer statistics. *National Library Of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31912902/>
- Siloam Hospital, T. M. (2025). *Kanker Rektum - Penyebab, Gejala, dan Pengobatannya*. Kanker rektum dapat menyebar dan mempengaruhi jaringan sekitarnya karena pertumbuhan sel yang tidak normal pada dinding rektum. Perubahan dalam cara buang air besar atau buang air besar dengan darah adalah gejala umum dari penyakit ini. Kanker rektum tumb
- Sudirman, A. A., Syamsuddin, F., & Kasim, S. S. (2023). Efektifitas Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Appendisitis Di Ird Rsud Otanaha Kota Gorontalo. *Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), 137–147.
<https://doi.org/10.55606/detector.v1i2.1368>
- Switon, J., & Hill, G. G. (2023). Clinical oncology. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 4333(10). <https://doi.org/10.5858/2001-125-582b-co>
- Uliyah, M., & Hidayat, A. (2015). *Skala Pengukuran Nyeri dan Implementasinya dalam Keperawatan*. Surabaya: Media Ners.

Viyan, N. (2023). Evidance Based Practice dalam Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Evidence*, 6(1), 33–41.

Wahyuningsing, S. (2019). Asuhan Keperawatan Post Partum. *CV Pustaka Edukasia*.

Wibowo, E. H. (2023). Karakteristik Klinikopathologi Berdasarkan Lokasi Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Bethesda, Yogyakarta. *Jurnal MedScientiae*, 2(2). <https://doi.org/10.36452/jmedscientiae.v2i2.2543>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NAMA : AYU SHALAMAH NUR ARIFAH
NIM : KHGD24036
PEMBIMBING :
JUDUL :

NO	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Ttd
	Masuk	keluar			

