



ARTIKEL JURNAL

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
CARCINOMA RECTI DI RUANG BANGAU
RUMAH SAKIT DAERAH
KALISAT JEMBER**

**Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**Oleh:
HILDAWATI
NIM : 1701021021**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER**

2019

JURNAL ARTIKEL

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
CARCINOMA RECTI DI RUANG BANGAU
RUMAH SAKIT DAERAH
KALISAT JEMBER**

**Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

Oleh:

HILDAWATI

NIM : 1701021021

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER**

2019

PERNYATAAN PESETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN CARSIOMA RECTI DI RUANG BANGAU RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT JEMBER

HILDAWATI
NIM. 1701021021

Artikel ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Artikel Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

Jember, Juli 2020

Pembimbing,


Ns. Mohammad Ali Hamid, S.Kep. M.Kes
NPK. 1981080710310368

PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
CARSIOMA RECTI DI RUANG BANGAU
RUMAH SAKIT DAERAH
KALISAT JEMBER**


HILDAWATI
NIM. 1701021021

Dewan Penguji Artikel Pada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Jember

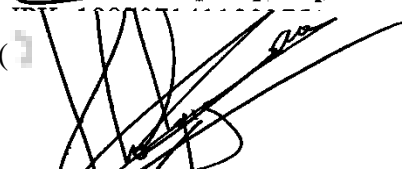
Jember, Juli 2020

Penguji,

1. Ketua : Ns. Susi wahyuning Asih, S. Kep., M. kep (NPK. 19750920010804491
2. Penguji I : Ns. Mad Zaini, M. Kep., Sp. Kep. J (NPK. 1987071411003751
3. Penguji II : Ns. Mohammad Ali Hamid, S.Kep, M.Kes (NPK. 1981080710310368



Mad Zaini, M.Kep., Sp.Kep



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Jember



Ns. Sasmiyanto, S.Kep., M. Kes.

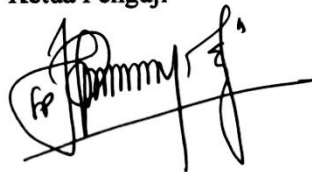
NPK. 1979041610305358

PENGUJI ARTIKEL

Dedan Penguji Ujian Artikel Pada Program Studi DIII Keperawatan
Fakultas Ilmu Nkesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

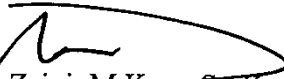
Jember, Juli 2020

Ketua Penguji



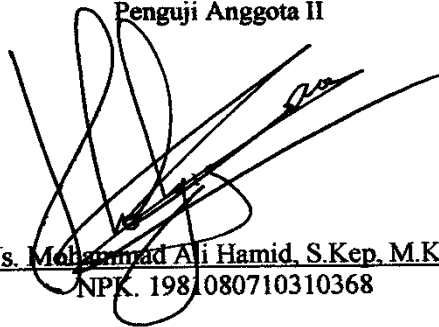
Ns. Susi wahyuning Asih, S. Kep., M. kep
NPK. 19750920010804491

Penguji I



Ns. Mad Zaini, M.Kep., Sp.Kep.J
NPK. 1987071411003751

Penguji Anggota II



Ns. Mohammad Ali Hamid, S.Kep, M.Kes
NPK. 1981080710310368

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PESETUJUAN	3
PENGESAHAN	4
PENGUJI ARTIKEL.....	5
DAFTAR ISI.....	6
ABSTRACT.....	Error! Bookmark not defined.
PENDAHULUAN.....	0
TUJUAN.....	0
METODE PENELITIAN	0
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	0
KESIMPULAN DAN SARAN.....	6
DAFTAR PUSTAKA.....	7



PENDAHULUAN

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

Di Indonesia, kejadian kanker kolorektal cukup tinggi. Insiden kanker kolorektal di Indonesia menempati urutan keempat sekitar 12,1 per 100.000 penduduk usia dewasa, dengan mortalitas 6,9% dari seluruh kasus kanker, Kanker kolorectal banyak terjadi pada pria dengan angka kejadian 10,5 per 100.000 penduduk sedangkan untuk wanita 2,9 per 100.000 penduduk (GLOBALCAN, 2019). Studi epidemiologi sebelumnya menunjukkan bahwa usia pasien kanker kolorektal di Indonesia lebih muda dari pada pasien kanker kolorektal di negara maju. Lebih dari 30% kasus didapat pada pasien yang berumur 40 tahun atau lebih muda, sedangkan di negara maju, pasien yang umurnya kurang dari 50 tahun hanya 2-8 % saja. (Sayuti, 2019)

Dalam memberikan pelayanan kesehatan memerlukan asuhan keperawatan yang tepat, disamping itu juga memerlukan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga akibat dan komplikasi dapat dihindari seperti

memberi penjelasan tentang Carsinoma Recti antara lain: penyebab, tanda dan gejala, pengobatan, perawatan dan akibat yang didapat kalau pengobatan tidak dilakukan.

TUJUAN

Menjalankan asuhan keperawatan pada pasien dengan Carsinoma Recti di Rumah Sakit Daerah Kalisat

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi kasus. Pengambilan data dilakukan di Ruang Bangau Rumah Sakit Daerah Kalisat pada Bulan November 2019.

Metodologi yang digunakan adalah pendekatan proses keperawatan dengan tehnik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi dan studi pustaka.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Penelitian pada By.Ny.P dengan berat badan lahir rendah di Ruang Prinatologi Rumah Sakit Daerah Balung pada tanggal 02 Januari 2019 didapatkan data pengkajian sebagai berikut:

Keluhan Utama : pasien mengatakan keluar darah pada anus. Riwayat penyakit sekarang klien mengatakan keluar darah dari anus kurang lebih 2 bulan, sudah 1 minggu merasa lemas dan tidak bisa duduk, pada tanggal 20-11-2019 klien mengeluh pusing kepada istrinya saat di rumah, pada waktu ingin ke kamar mandi klien pingsan dan kepalanya terbentur kemudian istri membawa ke puskesmas, sampai di puskesmas pasien dilakukan tes DL dengan mendapatkan hasil 3,3 gr/dl dan dilakukan hecing pada lukan benturan di

kepala pada pukul. Karena hemoglobin klien 3,3 g/dl, dan terjadi perdarahan di anus, pasien dirujuk ke RSD Kalisat. Pada jam 20.00 WIB pasien pindah ke Ruangan Bangau (bedah syaraf) dengan mengeluh pusing.

Pemeriksaan fisik yang telah dilakukan menggunakan pemeriksaan *body system* dengan hasil jalan nafas bersih, RR 48 Kpm, N 151 Kpm, BJ1-BJ2 tunggal, akral hangat, CRT 3 detik, suhu 35,6°C, urgor 3 detik, UUB: datar, halus, berdenyut, intake cairan 183,6cc/ 24 jam, output cairan 51cc/ 24 jam, aciran balans 132cc/ 24 jam, KU lemah, Refleks tangis lemah, klien belum BAK, klien belum BAB, kulit berwarna merah muda, kulit tampak transparan dan mengkilap. Lanugo banyak terutama daerah pelipis dan punggung dan terdapat sedikit vernik kaseosa, tali pusat belum lepas dan basah, tidak terdapat icterus. Payudara ibu keras, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan. Puting susu datar, tidak terdapat lecet/ luka. ASI keluar sedikit, ibu tidak menyusui dikarenakan bayi dipuaskan. Periksa kehamilan 7 kali. Usia kehamilan 30 minggu. BBL: 1700 gram, PB: 32 cm, LD: 24 cm, LK: 30 cm, LILA: 11 cm, areola seperti titik, tonjolan 1-2 mm. Kelamin: klitoris dan labia minora menonjol.

Keluarga klien tampak kurang responsive ketika diberi penjelasan oleh petugas khususnya ibu klien. Psikologi anak: bayi sering tidur dan menangis dengan lemah. New ballard score: 15 (30 minggu), Reflex hisap: lemah, reflex rooting (+), reflex genggam (+), refleks babinski (+), reflex moro (+).

Psikologi orang tua terlihat kurang memahami tentang cara merawat bayinya dan kurang responsif jika diajak berkomunikasi oleh petugas kesehatan. Ibu klien terlihat khawatir dengan kondisi

anaknya dan masih belum berani melakukan perawatan sederhana secara mandiri kepada anaknya. Ibu klien selalu menanyakan tentang kondisinya anaknya dan kapan dibolehkan pulang ke rumah.

Keadaan lingkungan yang mempengaruhi timbulnya penyakit klien mengatakan karena pasien bekerja sebagai supir dan kerjanya duduk terus menerus, kurang minum, air putih maka klien maka pasien timbul penyakit seperti ini.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada tanggal 21 November 2019 mendapatkan hasil Hemooglobin 3,3 gr/dL. Terapi yang diberikan adalah Asam tranexamat 3x500 mg, Ceftriaxone 2x1 gram, Pantoprazole 24x40 mg, dexketoprofen 2x50 mg, Tranfusi darah PRC 2x250 cc (8 kolf)

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil yang dilakukan pada pasien Carcinoma recti, maka BAB ini akan membandingkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian keperawatan adalah proses melakukan pemeriksaan/penyelidikan yang dilakukan oleh perawat untuk mempelajari keadaan pasien sebagai langkah awal yang akan dijadikan dasar pengambilan keputusan klinik keperawatan (Walid, 2018).

Pengkajian pada Tn. D dilakukan pada tanggal 21 November 2019 pada jam 18.45 WIB. Keluhan utama subyektif yang dirasakan Tn. D yaitu pasien mengeluh kepala pusing, setiap kali BAB keluar darah, keluhan obyektif yang terlihat pada pasien yaitu kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, keadaan

umum lemah, *Capiler Refil Time* lebih dari 3 detik, tekanan darah 100/51 mmHg, nadi 67x/menit, *respiratory rate* 21x/menit, Hb 3,3 Gr/DL. Dalam teori disebutkan bahwa pada pasien dengan Carcinoma Recti akan mengalami perdarahan pada recti. Pendapat penulis mengenai perdarahan pada recti hal ini sesuai teori dan fakta.

Pernkajian kedua didapatkan keluhan subyektif yaitu setiap selesai makan pasien langsung BAB, BAB cair dan bau busuk, keluhan obyektif yang terdapat pada klien yaitu kulit perianal tampak kemerahan, terdapat benjolan pada anus, adanya perdarahan di anus. Dalam teori disebutkan bahwa perubahan BAB 39-85% di jumpai pada pasien Carcinoma Recti, episode diare berdarah tidak dapat dipekirakan, hilangtimbul, sering tidak dapat terkontrol. Pendapat penulis mengenai perubahan pola BAB sesuai antara teori dan fakta.

Pengkajian ketiga didapatkan keluhan subyektif yaitu pasien mengatakan susah untuk memumai tidur, keluhan obyektif yaitu tampak adanya lingkaran hitam di bawah mata, pasien tampak lesu, pasien sering menguap, pasien tampak mengantuk. Dalam teori disebutkan bahwa pada pola istirahat tidur pasien dengan carcinoma recti terganggu karena diare yang tidak dapat terkontrol. Pendapat penulis mengenai keluhan subyektif dan obyektif pasien sesuai antara teori dan fakta.

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (sehat/sakit/berisiko sakit) dari individu atau kelompok dimana perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, menurunkan atau mencegah terjadinya masalah (Walid, 2018).

Berdasarkan pengkajian pada analisis data Tn. D dengan carcinoma recti ditemukan 3 diagnosa yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah ditandai dengan Hb 3,3 gr/dl, Inkontinesia defekasi berhubungan dengan disfungsi sfingter rektal ditandai dengan terdapat benjolan di anus, Insomnia berhubungan dengan stresor di tandai dengan klien sering menguap dan ada lingkaran hitam di bawah mata.

Diagnosa pertama yang ditegakkan pada pasien yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar Hb ditandai dengan Hb 3,3 gr/dl, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer menjadi masalah keperawatan yang lebih di prioritaskan karena anemia yang tidak segera ditangani dapat memperburuk keadaan dan dapat mengganggu metabolisme tubuh. Sedangkan kemungkinan penyebab diagnosa tersebut adalah penurunan kadar hemoglobin dalam darah.

Diagnosa kedua yang muncul pada Tn. D yaitu Inkontinesia defekasi berhubungan dengan disfungsi sfingter rektal ditandai dengan terdapat benjolan di anus. Inkontinesia defekasi adalah perubahan pada kebiasaan defekasi normal yang ditandai dengan pasase feses infolunter. Maka kesimpulan dari diagnosa kedua menurut penulis inkontinesia defekasi dapat terjadi karena kerusakan pada sfingter rektal sehingga defekasi tidak dapat terkontrol.

Diagnosa ketiga yang muncul pada Tn. D yaitu Insomnia berhubungan dengan stresor di tandai dengan klien sering menguap dan ada lingkaran hitam di bawah mata. Insomnia adalah gangguan pada kuantitas dan kualitas tidur yang menghambat fungsi (Herdman, T.H., 2015-

2017). Menurut penulis penyebab klien tidak dapat memulai tidur karena stresor yaitu ketidaknyaman karena episode diare yang sering dan tidak terkontrol.

Perencanaan adalah pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi, menghambat menurunkan, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2018). Kegiatan dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan yaitu, menentukan tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan.

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapaitujuan yang telah di tetapkan (Walid, 2018). Penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan sebelumnya. Rencana tindakan dilakukan selama 3X24 jam pada tanggal 21 November 2019 pada jam 20.00 WIB yaitu Melakukan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, memberikan posisi tidur yang nyaman, menganjurkan klien untuk mengurangi minum kopi, mengamati sklera klien : sklera ikterus, melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah prc klor 1, memberikan edukasi pada klien dan keluarga tentang retan nilai normal Hb, menganjurkan keluarga untuk melapor apabila klien merasa demam, mencatat masalah BAB yang sudah ada, BAB rutin, dan penggunaan laksatif, Menginstruksikan klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat, menganjurkan klien untuk mengurangi asupan makanan pembentuk gas, menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien, membantu klien untuk mengatur siklus tidur, mengajarkan peningkatan relaksasi dan rasa nyaman untuk klien setiap kali akan tidur, menjelaskan kepada klien dan keluarga pentingnya tidur untuk proses penyembuhan, menganjurkan klien untuk

istirahat, melakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 123/68 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36.2°C, repirasi 22/menit.

Pada tanggal 22 November 2019 tindakan yang dilakukan Melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah prc kolf ke 2, menganjurkan klien untuk banyak makan makanan yang bergizi dan banyak minum air putih, Menjaga tranfusi darah, mengamati sklera klien : sklera icterus, memonitoring konjungtiva dengan hasil konjungtiva anemis, memonitoring mukosa bibir dengan hasil mukosa bibir kering, melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian obat : Injeksi ceftriaxone 1 gram, pantoprazole 40 mg, dexketoprofen 25mg, asam tranexamat 500 mg menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering, Melakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 107/56 mmHg, nadi 78x/menit, suhu 36.5°C, reprasi 22/menit, melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah prc kolf ke 4, Memastikan asupan cairan yang cukup untuk klien, melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah prc kolf ke 3, menganjurkan klien untuk mempertahankan pakaian dalam keadaan bersih, menginstruksikan klien untuk menghindari makanan yang dapat memicu diare, memonitoring BAB klien dengan hasil BAB pasien 2kali sehari dengan konsistensi padat berwarna kecoklatan, memonitoring bising usus dengan hasil 14x/menit, melakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 96x/menit, suhu 36.5°C, respirasi 21x/menit, memberikan edukasi pada klien untuk tidak menggunakan pakaian dalam yang ketat, melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian obat: injeksi asam tranexamat 500 mg, menyediakan tempat tidur dengan

ketinggian yang sesuai, memberikan edukasi pada klien dan keluarga untuk mengurangi tidur siang dengan melakukan aktifitas sederhana, memonitoring pola tidur klien dengan hasil jumlah jam tidur siang 1 jam, jumlah jam tidur malam 2jam, mengajarkan peningkatan relaksasi dan rasa nyaman untuk klien melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian obat injeksi ceftriaxone 1 gram, pantoprazole 40 mg, dexketoprofen 25mg, asam tranexamat 500 mg, memberikan edukasi pada klien pentingnya tidur yang cukup dan menganjurkan klien untuk istirahat, mengukur tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 108/59 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36°C, suhu 20X/menit.

Pada tanggal 23 tindakan yang dilakukan melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah prc kolf ke 5, enganjurkan keluarga untuk melapor apabila klien merasa demam, menganjurkan klien untuk tetap makan makanan bergizi menganjurkan klien untuk tetap mengurangi atau berhenti minum kopi, mengamati sklera klien dengan hasil sklera icterus melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian obat:Injeksi ceftriaxone 1 gram, pantoprazole 40 mg, dexketoprofen 25mg, asam tranexamat 500 mg, memonitoring konjungtiva dengan hasil konjungtiva anemis, emonitoring mukosa bibir dengan hasil mukosa bibir kering, melakuakan pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah110/60 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36.6°C, respirasi 22x/menit, melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah kolf ke 6, menganjurkan keluarga untuk lapor apabila klien merasa demam, mencatat masalah BAB klien, megintruksikan klien untuk tetap mengkonsumsi makanan tinggi serat, memastikan asupan cairan pasien cukup, melakukan pengukuran tanda-tanda vital

dengan hsil tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36.3°C, respirasi 20x/menit, meenganjurkan klien untuk mempertahankan menggunakan pakaian yang bersih, memonitoring buang air besar dengan hasil BAB 2x/hari, konsistensi lunak berbentuk,warna kuning, memonitoring bising usus dengan hasil 12x/menit, memberikan edukasi pada keluarga untuk tetap tidak menggunakan pakaian dalam yang ketat, mealkukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 108/66 mmHg, nadi 80x/menit, suhu36.2°C, respirasi 20x/menit, melakukan hasil kolaborasi dalam pemberian obat, mendorong klien dan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman dengan membatasi pengunjung menganjurkan klien untuk tetap memasang pagar pengaman tiap kali akan tidur, menentukan pola tidur dengan hasil jumlah jam tidur siang 2 jam, jumlah jam tidur malan 4 jam , mengajarkan meningkatkan relaksasi dan rasa nyaman, memberikan edukasi pada klien dan keluarga untuk tetap mengurangi jam tidur siang.

Pada tinjauan teori disebutkan pembedahan adalah pengobatan untuk kcarsinoma recti, dengan pengecualian pada beberapa pasien. Perawatan tambahan seperti kemoterapi dan radiasi, sering digunakan sebelum operasi dan atau setelah operasi untuk mengurangi resiko metastasis (Society, 2017). Sedangkan pada faktanya pasien menolak untuk dilakukan tindakan pembedahan atau kemoterpai dan lebih memilih untuk pengobatan tradisional. Pada hal tersebut penulis dapat menyimpulkan terjadi kesenjangan antara teori dan fakta.

Evaluasi adalah penilaian yang dilakukan dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang

diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Walid, 2018). Pada kasus ini evaluasi dilakukan setiap hari selama 3 hari yaitu dimulai dari tanggal 22-24 November 2019. Dari hasil evaluasi catatan perkembangan masalah yang dialami Tn. D sebagian dapat teratasi.

Hasil evaluasi pada tanggal 22 November 2019 menggunakan SOAP. Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam yaitu keluhan subyektif pasien masih mengeluhkan pusing dan tiap BAB mengeluarkan darah, keluhan obyektif pasien tampak lemah, hemoglobin : 3,3 gr/dl, kulit tampak pucat, tekanan darah 107/56 mmHg, nadi 78x/menit, suhu 36.5°C, respirasi 22/menit, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, mukosa bibir kering, Kesadaran Compos mentis. Masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam yaitu keluhan subyektif pasien masih mengeluhkan setiap kali sesudah makan langsung BAB. Kleuhan obyektif kulit perianal tampak kemerahan, terdapat benjolan di anus, adanya perdarahan di anus, Jumlah BAB 2 kali sehari konsistensi padat berwarna kecoklatan. Masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam yaitu keluhan subyektif pasien masih mengeluhkan susah untuk tertidur, keluhan obyektif tidur malam \pm 1jam, tidur siang \pm 2 jam, tampak adanya lingkaran hitam di mata, pasien tampak lesu, pasien tampak sering menguap, pasien tampak mengantuk. Masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi pada tanggal 23 November 2019 menggunakan SOAP. Hasil evaluasi yang didapatkan setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam yaitu keluhan subyektif pasien mengatakan tidak terlalu pusing dan tetap mengeluarkan darah tiap kali BAB, keluhan obyektif klien tampak lemah, hemoglobin 7.7 gr/dL, Kulit tampak pucat, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 36.6°C, respirasi 22x/menit, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, mukosa bibir kering. Masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam yaitu keluhan subyektif pasien masih mengeluhkan setiap kali sesudah makan langsung BAB, keluhan obyektif kulit perianal tampak kemerahan, terdapat benjolan di anus, adanya perdarahan di anus, Jumlah BAB 2 kali sehari konsistensi lunak berbentuk berwarna kuning kecoklatan. Masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam yaitu keluhan subyektif pasien masih mengeluhkan tidak bisa tidur malam, keluhan obyektif tidur malam \pm 3jam, tidur siang \pm 5 jam, adanya lingkaran hitam di mata, pasien tampak lesu, pasien sering menguap, pasien tampak mengantuk. Masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi pada tanggal 24 November 2019 menggunakan SOAP. Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam yaitu keluhan subyektif pasien mengatakan tidak terlalu pusing dan sudah tidak mengeluarkan darah tiap kali BAB, keluhan obyektif pasien tampak sedikit segar, hemoglobin 9.6 gr/dl, kulit tampak pucat, tekanan darah 117/67 mmHg, nadi 82 x/menit, suhu 37°C, respirasi 21 x/menit, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, mukosa bibir kering. Masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama

3X24 jam yaitu keluhan subyektif pasien masih mengeluhkan setiap kali sesudah makan langsung BAB, keluhan obyektif kulit perianal tampak kemerahan, terdapat benjolan di anus, adanya perdarahan di anus (-), klien keluar masuk ke kamar mandi, Jumlah BAB 3 kali sehari konsistensi lunak berbentuk berwarna kuning. Masalah belum teratasi.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3X24 jam yaitu keluhan subyektif klien mengatakan sudah tidurnya sudah lumayan, keluhan obyektif tidur malam ± 2 jam, tidur siang ± 4 jam, tampak adanya lingkaran hitam di bawah mata, klien tampak lesu. Masalah belum teratasi

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

Pengkajian dilakukan pada pasien Tn. D berjenis kelamin laki-laki, berusia 56 tahun, beragama Islam, suku Jawa dan bertempat tinggal di Jember. Tn. D rujukan dari salah satu puskesmas di Jember dengan diagnosa medis Carcinoma Recti.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 November 2019 pada Tn. D. menurut pengkajian yang dilakukan pada Tn. D, Tn. D merasakan nafsu makan menurun, nyeri pada area dubur, perdarahan pada dubur, klien mengeluh susah memulai tidur.

Diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada Rn. D adalah Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah ditandai dengan Hb 3,3 gr/dl, Inkontinesia defekasi berhubungan dengan disfungsi sfingter rektal ditandai dengan terdapat

benjolan di anus, Insomnia berhubungan dengan stresor ditandai dengan klien sering menguap dan ada lingkaran hitam di bawah mata.

Dalam perencanaan melakukan tindakan keperawatan meliputi tujuan umum dan tujuan khusus.

Implementasi atau pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.

SARAN

1. Bagi Institusi dan Pelayanan Kesehatan
Bagi institusi dan pelayanan kesehatan RSD Kalisat Jember diharapkan dapat mempertahankan pelayanan yang baik yang sudah diberikan kepada pasien untuk mendukung kesehatan dan kesembuhan pasien dengan memberi pelayanan yang maksimal pada pasien Carcinoma recti.
2. Bagi Pasien dan Keluarga
Diharapkan kerjasama dari keluarga untuk memberikan motivasi untuk kesembuhan Tn. D.
3. Bagi Institusi Pendidikan
Diharapkan bagi institusi pendidikan menyediakan fasilitas buku-buku terbaru.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Singapore: Elsevier.
- Bulechek, G.M Butcher, H.K. Dochterman, J.M. Wagner, C.M. (2016). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Singapore: Elsevier Global Right.
- Ester, M. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- GLOBALCAN. (2019). The Global Cancer Observatori. <http://gco.iarc.fr>populationsPDF> diakses pada tanggal 18 Mei 2020.
- Hendri Imam D, D. (2012). Asuhan Keperawatan Dengan Klien Karsinoma Recti. *STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA*.
- Herdman, T.H. (2015-2017). *NANDA International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi*. Jakarta: EGC.
- Moorhead, S. Jhonson, M. Maas, M.L. Swanson, E. (2016). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. Singapore: Elsevier Global Right.
- Najib, M. B. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah I*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sayuti, M. (2019). Kanker Kolorektal. *Averrous. Vol. 5 No. 2*, 76-88.
- Smeltzer, S. B. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of Medical Surgical Nursing 12th Ed.* Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Society, A. C. (2017). Colorctal Recti. Diakses dari <Http://www.cancer.org> pada tanggal 17 mei 2020 18.54.
- Tmbayong, J. (2010). *Patofisiologi Untuk Perawatan*. Jakarta: EGC.
- Walid, N. R. (2018). *Dokumentasi Proses Keperawatan Pendekatan : KKNI, NANDA dan SDKI*. Malang: Edilitera.