**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA PASIEN**

**Tn. S DENGAN *CARCINOMA COLORECTAL***



**Oleh :**

**LELA FULAELA**

**NIM :2317020**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA PASIEN**

**Tn. S DENGAN *CARCINOMA COLORECTAL***

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan

Pendidikan Program Diploma III Keperawatan

Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

LELA FULAELA

NIM :2317020

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lela Fulaela

NIM : 2317020

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 2020

Pembuat Pernyataan

Lela Fulaela

NIM : 2317020

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA PASIEN**

**Tn.S DENGAN *CARCINOMA COLORECTAL***

OLEH :

LELA FULAELA

NIM :2317020

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan  
Disetujui pada tanggal 01 Juli 2020

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing I  Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep  NIK : 114111160 | Pembimbing II  Venny Diana, S.Kep.,Ns.,M.Kep  NIK : 114111159 |

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA PASIEN**

**Tn. S DENGAN *CARCINOMA COLORECTAL***

OLEH :

LELA FULAELA

NIM : 2317020

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper “YKY” Yogyakarta Pada tanggal 01 Juli 2020

|  |  |
| --- | --- |
| Dewan Penguji | Tanda Tangan |
| Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep | ……………… |
| Venny Diana, S.Kep.,Ns.,M.Kep | ……………… |
| Dwi Wulan Minarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep | ……………… |

Direktur

Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIK 1141 03 052

**MOTTO**

**Jadilah dirimu sendiri dan buktikan bahwa kamu bisa**

**@nenglela**

**“ Innamal A’malu Binniat Wa Innama Likullimriin Ma Nawa”**

Artinya : Sesungguhnya segala perbuatan itu disertai dengan niat dan segala perkara itu tergantung apa yang di niatkan.

(HR. Bukhari Muslim)

***“ Khoirunnas anfa’uhum linnas”***

Artinya : Sebaik-baik manusia adalah yang paling bermanfaat bagi manusia lain.

(HR Ahmad dan Thabrani)

**HALAMAN PERSEMBAHAN**

“Yang utama dari segalanya sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Atas kasih sayangmu yang telah memberiku kekuatan, dan atas karunia yang kau berikan akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kehariban Rasulullah Muhammad SAW”. Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Mama Lilis Suryani dan Babeh Dudu Tarja yang tercinta, sebagai tanda bakti, hormat, dan rasa terima kasih yang tiada terhingga saya persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk Mama dan Babeh yang telah memberikan kasih dan sayang, serta tidak pernah berhenti mendo’akan, dan selalu memberikan dukungan moril maupun materiel, selalu memberi motivasi dan segalanya yang tak pernah dapat dihitung dan berakhir.
2. A Samsul Rizal, kakaku yang paling saya sayangi dan tiada yang paling menyenangkan saat kumpul akur bersama, walaupun sering bertengkar, tapi hal itu selalu memberikan warna yang tidak akan bisa digantikan dengan apapun, terimakasih dukungannya.
3. Bu Tri Arini yang selalu membuat saya termotivasi untuk terus belajar dan mencari ilmu.
4. Sahabat-sahabatku Tri Okfia, Ike Erlita, Arlita Hangganing, Zamiah Elfa Rini, Venti Nur Khasanah, Mita Vika Ningrum, Nurul Atifah, Yessi Cahya dan Ummi Nadhiroh yang selalu mendukung satu sama lain dan memberi semangat.
5. Teman berjuang wara wiri dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini Oktriana, dan Rizka Nurdiyanto.
6. Keluarga besar kelas A dan teman seperjuangan Akper YKY angkatan 23 terimakasih atas kenangan yang sudah dilalui selama 3 tahun ini.
7. Almamater tercinta Akper “YKY” Yogyakarta yang telah menuntutku sehingga mempunyai ilmu yang bermanfaat.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Gambaran Risiko Infeksi pada pasien dengan Carcinoma Colorectal di Ruang Cendana 2 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta” dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Tidak lupa penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Tri Arini, S.Kep., Ns. M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta telah memberikan kesempatan dalam pembuatan proposal ini.
2. Yayang Harigustian, S.Kep., Ns. M.Kep selaku dosen pembimbing I penulisan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
3. Venny Diana, S.Kep., Ns. M.Kep selaku dosen pembimbing II penulisan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulisan proposal ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
4. Dwi Wulan M, S.Kep., Ns. M.Kep selaku penguji dari Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran, dan motivasi dalam melaksanakan ujian sidang.
5. Semua pihak yang telah membantu atas terselesaikannya penulisan Karya Tulis Ilmiahini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini, dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Yogyakarta, 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

Halaman Sampul Depan i

Halaman Sampul Dalam ii

Halaman Motto iv

Halaman Persembahan v

Lembar Pengesahan vii

Kata Pengantar viii

Daftar Isi x

Daftar Tabel xi

Daftar Bagan xii

Daftar Gambar xiii

Daftar Lampiran xiv

Abstrak xv

**BAB I PENDAHULUAN 1**

A. Latar Belakang Masalah 1

B. Rumusan Masalah 4

C. Tujuan Studi Kasus 5

D. Ruang Lingkup 6

E. Manfaat Studi Kasus 6

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA 8**

A. Landasan Teori 8

1. Konsep *Carcinoma Colorectal* 8

2. Konsep Resiko Infeksi 21

3. Asuhan Keperawatan pada Pasien *Carcinoma Colorectal* 26

B. Kerangka Teori 33

**BAB III METODE PENELITIAN 34**

A. Rancangan Studi Kasus 34

B. Subjek Studi Kasus 34

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus 34

D. Definisi Operasional 35

E. Instrumen Studi Kasus 35

F. Teknik Pengumpulan Data 35

G. Analisis Data 36

H. Etika Studi Kasus 36

I. Alur Penelitian 37

**BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 38**

A. Hasil 38

B. Pembahasan 45

C. Keterbatasan Studi Kasus 52

**BAB V PENUTUP 54**

A. Kesimpulan 54

B. Saran 56

**DAFTAR PUSTAKA 58**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Definisi Operasional 35

**DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Kerangka Teori 33  
Bagan 3.1 Alur Penelitian 37

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan Bagian Bawah 8

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Bukti Bimbingan

Lampiran 3 Data Asuhan Keperawatan

Lela Fulaela. (2020). Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien Tn. S

Dengan *Carcinoma Colorectal*

Pembimbing : Yayang Harigustian, Venny Diana

ABSTRAK

Studi dokumentasi ini dilatar belakangi oleh kasus *Carcinoma Colorectal* dengan diagnosa keperawatan Risiko Infeksi. 25,6 per 100.000 penduduk di dunia mengalami masalah *Carcinoma Colorectal* dengan kasus terbanyak pada laki-laki mencapai 13,6 per 100.000 penduduk, sedangkan pada perempuan 11,9 per 100.000 penduduk.

Tujuan penulisan studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran risiko infeksi pada pasien Tn. S dengan *Carcinoma Colorectal* di Ruang Cendana 2 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Studi dokumentasi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yang menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan laporan asuhan keperawatan tahun 2018 yang bertempat di Akper “YKY” Yogyakarta.

Hasil karakteristik partisipan Tn. S berjenis kelamin laki-laki berusia 56 tahun pendidikan SMA pekerjaan wiraswasta. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data pasien terpasang infus RL 20tpm di lengan sebelah kanan sejak tanggal 23 April 2018. Masalah keperawatan risiko infeksi b.d faktor resiko prosedur infasiv pemasangan infus. Rencana keperawatan NOC : mampu mencapai kontrol risiko, NIC : kontrol infeksi. Pelaksanaan tindakan keperawatan sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan dengan berdasarkan teori, hasil yang di dapatkan pada kasus Tn. S dengan diagnosa risiko infeksi b.d faktor resiko prosedur invasif pemasangan infus sudah teratasi. Kesimpulan pada penulisan studi dokumentasi ini sudah mengarah pada NANDA, NIC, NOC, tetapi penulisan perencanaan pada studi kasus ini tidak sesuai kaidah penulisan asuhan keperawatan karena tidak meliputi SMART (*Specific, Measureable, Achievable, Realistic, Time).*

Kata Kunci : *Carcinoma Colorectal,* Studi Dokumentasi, Risiko Infeksi

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Kanker salah satu penyakit yang paling mematikan di dunia, menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2018, kanker menempati urutan ke dua dalam kasus terbesar setelah serangan jantung. Kanker (*Carcinoma)* merupakan istilah untuk penyakit sel yang dikarakteristikan dengan proliferasi atau pertumbuhan sel yang lebih banyak (Sarafino & Smith, 2012). Klasifikiasi kanker dapat terjadi pada seluruh tubuh, termasuk usus besar dan rektum atau yang dikenal sebagai *Carcinoma Colorectal*. Menurut Wijaya dan Putri (2013), *Carcinoma Colorectal* merupakan keganasan yang berasal dari jaringan *epitel* (jaringan yang menutupi permukaan tubuh) secara tidak normal pada lapisan usus besar yang terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus).

Menurut WHO insiden penyakit *Carcinoma Colorectal* menempati urutan ke 4 di dunia, dalam presentase kasus 25,6 per 100.000 penduduk. *Carcinoma Colorectal* terjadi pada laki-laki dengan presentase kasus 13,6 per 100.000 penduduk, sedangkan pada perempuan 11,9 per 100.000 penduduk. Angka kejadian penyakit *Carcinoma Colorectal* di Indonesia adalah 12,8 per 100.000 penduduk dengan mortalitas 9,5 % dari seluruh kasus kanker (Kementrian Kesehatan, 2019).

Dilihat dari hasil data di atas bahwa *Carcinoma Colorectal* merupakan penyakit yang berbahaya sehingga diperlukan penangangan yang tepat. Penanganan pada pasien *Carcinoma Colorectal* dapat dilakukan dengan cara pembedahan atau tindakan invasif yaitu suatu tindakan memasukkan alat kesehatan kedalam tubuh pasien, seperti pemasangan infus, insisi pada kulit atau melakukan insersi instrumen (benda asing) kedalam tubuh, dan sayatan untuk mengangkat kanker dari bagian tubuh pasien. Jika penanganan tersebut tidak segera dilakukan maka akan menimbulkan kegawatan yang menyebabkan sel kanker menyebar keseluruh organ dan dapat menyebabkan kematian (Lusianah & Suratum, 2011).

Setelah menjalani masa pembedahan atau post operasi yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi, selanjutnya perawat harus meningkatkan kewaspadaan terhadap risiko infeksi yang berasal darimana saja, seperti dari faktor host yang berasal dari daya tahan tubuh pasien sendiri, faktor agent yang salah satunya adalah bakteri penyebab infeksi dan faktor environment yang berasal dari rumah sakit, kebersihan lingkungan, petugas yang memberikan perawatan, maupun penularan dari pasien lain (Bustan, 2007).

Dari kasus diatas maka keluhan-keluhan yang dapat terjadi pada pasien dengan *Carcinoma Colorectal* yaitu konstipasi, diare, distensi, massa pada abdomen kanan, obstruksi pada kolon, nyeri, diare dan melena yang terjadi karena pertumbuhan polip yang menembus dinding abdomen dan melukai mukosa yang terdapat pembuluh darah di dalamnya sehingga pada saat absorbsi dan pembusukan, feses bercampur dengan darah. Berdasarkan tanda dan gejala tersebut dapat memunculkan masalah keperawatan yang meliputi gangguan eliminasi fekal (konstipasi, diare, inkontinensia fekal) dan risiko infeksi (tindakan invasif) (Wijaya dan Putri, 2013).

Risiko infeksi sendiri yaitu keadaan dimana seorang individu beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja, 2017). Tanda-tanda infeksi yang dapat ditimbulkan yaitu rubor (kemerahan), kalor (panas), tumor (bengkak), dolor (nyeri), functio laesa (salah satu fungsi yang hilang) (Septiari, 2012). Upaya pencegahan dan pengendalian infeksi tersebut, mutlak harus dilakukan oleh perawat, dokter dan seluruh orang yang terlibat dalam perawatan pasien. Sehingga apabila perawatan dan pengobatan yang dilakukan telah sesuai dengan prosedur yang benar maka terjadinya infeksi adalah sebagai risiko yang tidak bisa di perkirakan (Kemenkes, 2017).

Oleh sebab itu, dibutuhkan peran perawat dalam menangani pasien dengan masalah risiko infeksi untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi seperti melakukan cuci tangan, mengganti balutan luka maupun infus setiap tiga hari sekali atau ketika tampak kotor maupun terdapat tanda-tanda infeksi. Selain itu perawat juga berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan yaitu dengan melakukan proses keperawatan sesuai dengan tingkat kebutuhan manusia seperti biologis, psikologis, sosioal dan spiritual. Peran perawat sebagai pendidik yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien maupun keluarga mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari penyakit *Carcinoma Colorectal,* memberikan pengetahuan mengenai tanda-tanda infeksi serta menjaga kebersihan diri. Peran perawat sebagai pengelola yaitu dengan mengelola pasien untuk membantu meningkatkan kesehatan pasien *Carcinoma Colorectal.* Peran perawat sebagai peneliti yaitu peran pembaharu yang dapat dilakukan dengan perencanaan untuk mengidentifikasi masalah penelitian dengan menerapkan metode penelitian untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Potter & Perry, 2010).

Tidak hanya perawat, keluarga juga memiliki peran penting pada pasien *Carcinoma Colorectal* dengan masalah risiko infeksi. Selain biaya perawatan, pasien juga membutuhkan dukungan, perhatian dan perawatan fisik maupun psikologis seperti memberikan motivasi, doa yang baik akan membuat pasien merasakan lebih nyaman dan tenang (Afiyah, 2017).

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk mempelajari lebih jauh terkait risiko infeksi pada pasien dengan *Carcinoma Colorectal*.

1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah pada Proposal penelitian ini adalah : “Bagaimana Studi Dokumentasi pada pasien *Carcinoma Colorectal* dengan Risiko Infeksi?”

1. **Tujuan Penelitian**
2. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Risiko Infeksi pada pasien dengan *Carcinoma Colorectal*.

1. Tujuan Khusus
2. Diketahuinya gambaran hasil studi dokumentasi mengenai hasil pengkajian keperawatan Risiko Infeksi pada pasien Tn. S dengan *Carcinoma Colorectal*.
3. Diketahuinya gambaran hasil studi dokumentasi mengenai penegakkan diagnosis keperawatan Risiko Infeksi pada pasien Tn. S dengan *Carcinoma Colorectal*.
4. Diketahuinya gambaran hasil studi dokumentasi mengenai rencana keperawatan Risiko Infeksi pada pasien Tn. S dengan *Carcinoma Colorectal*.
5. Diketahuinya gambaran hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan Risiko Infeksi pada pasien Tn. S dengan *Carcinoma Colorectal*.
6. Diketahuinya gambaran hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi keperawatan Risiko Infeksi pada pasien Tn. S dengan *Carcinoma Colorectal*.
7. **Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup mata ajar Keperawatan Medikal Bedah. Materi yang dibahas adalah Gambaran Risiko Infeksi pada Tn. S dengan *Carcinoma Colorectal*, dengan menggunakan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada Karya Tulis Ilmiah (KTI) pada tahun 2018.

1. **Manfaat Studi Dokumentasi**

Studi Dokumentasi ini diharapkan memberikan manfaat :

1. Aspek Teoritis

Menambah wawasan dalam bidang ilmu keperawatan tentang gambaran risiko infeksi pada pasien *Carcinoma Colorectal*.

1. Aspek Praktis

a. Bagi AKPER “YKY” Yogyakarta

Sebagai referensi untuk menambah pengetahuan dan pengalaman nyata khususnya dalam bidang ilmu keperawatan medikal bedah.

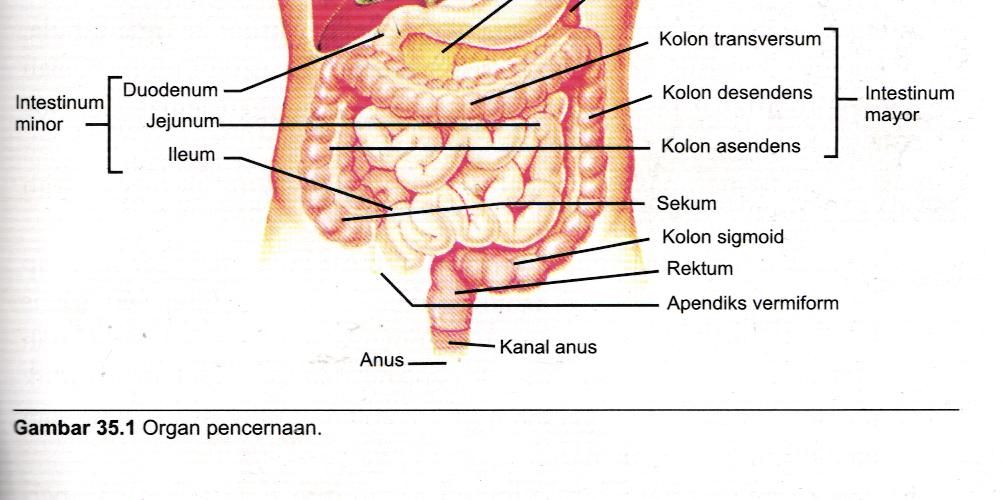
b. Bagi Penulis Selanjutnya

Mendapatkan pengalaman nyata dalam mengaplikasikan teori asuhan keperawatan pada pasien Risiko Infeksi dengan *Carcrcinoma Colorectal.*

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Landasan Teori**
2. **Konsep Sistem Pencernaan**
3. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan Bagian Bawah

****

Gambar 2.1 Strukrur Organ Pencernaan Bagian Bawah

(Sumber : Syaifuddin, 2011)

Sistem organ pencernaan adalah sistem organ yang menerima makanan, mencerna untuk dijadikan energi dan nutrien serta mengeluarkan sisa proses tersebut. Dalam hal ini menjelaskan sistem pencernaan bagian bawah menurut Syaifuddin, (2011) antara lain :

1. Usus Halus (Intestinum Minor)

Usus halus atau usus kecil merupakan bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta.

Dinding usus melepaskan lendir yang melumasi isi usus dan air yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna.

Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula dan lemak. Lapisan usus halus terdiri dari lapisan mukosa, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang dan lapisan serosa. Usus halus terdiri dari 3 bagian yaitu usus 12 jari (duodenum), usus kosong (jejenum), dan usus penyerapan (ileum).

1. Usus Dua Belas Jari (Duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejenum). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus dimulai dari *bulbo duodenale* dan berakhir di *ligamentum treitz*. Usus dua belas jari merupakan organ *retroperitoneal,* yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. Pada usus dua belas jari terdapat dua muara saluran yaitu dari pankreas dan kantung empedu. Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari (duodenum), yang merupakan bagian pertama dari usus halus. Makanan yang masuk ke dalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa dicerna oleh usus halus. Jika penuh duodenum akan mengirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

1. Usus Kosong (Jejenum)

Usus kosong atau jejenum adalah bagian kedua dari usus halus diantara usus dua belas jari dan usus penyerapan. Pada manusia dewasa panjang seluruh usus halus antara 2-8 meter, 1-2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan mesentrium, permukaan dalam usus kosong berupa membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), yang memperluas permukaan dari usus.

1. Usus Penyerapan (Ileum)

Usus penyerapan atau ileum adalah bagian terakhir dari usus halus, pada sistem pencernaan manusia ileum memiliki panjang sekitar 2-4 meter dan terletak setelah duodenum dan jejenum, dan dilanjutkan oleh usus buntu. Ileum memiliki Ph antara 7 dan 8 (netral atau sedikit basa) dan berfungsi menyerap vitamin B12 dan garam empedu.

1. Usus Besar (Intestinum Mayor)

Usus besar atau kolon yaitu bagian usus antara usus buntu dan rektum, fungsi utama organ ini adalah menyerap air danfeses. Usus besar terdiri dari kolon asenden (kanan), kolon transversum, kolon desenden (kiri), kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum). Banyaknya bakteri yang terdapat di dalam usus besar berfungsi mencerna beberapa bahan dan membantu penyerapan zat-zat gizi. Bakteri di dalam usus besar juga berfungsi membuat zat-zat penting seperti vitamin K. Bakteri ini penting untuk fungsi normal pada usus, beberapa penyakit serta antibiotik bisa menyebabkan gangguan pada bakteri-bakteri didalam usus besar, akibatnya terjadi iritasi yang bisa menyebabkan dikeluarkannya lendir dan air kemudian terjadilah diare.

1. Rektum

Rektum yaitu sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan ditempat yang lebih tinggi yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum maka timbul keinginan untuk buang air besar.

Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama maka konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi.

1. Anus

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan dimana bahan limbah keluar dari tubuh, pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sfingter dan feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar) yang merupakan fungsi utama anus.

1. Konsep *Carcinoma Colorectal*

*Carcinomacolorectal* merupakan suatu tumor malignan yang muncul pada jaringan *epitel* dari kolon atau rektum, umumnya *CarcinomaColorectal* adalah *adenocarcsinoma* yang berkembang dari polip adenomatosa (Wijaya & Putri, 2013).

1. Etiologi

Penyebab pasti belum diketahui, namun terdapat faktor-faktor predisposisi, kejadian *Carcinoma Colorectal* menurut Wijaya & Putri (2013).

1. Usia

Risiko terkena C*arcinoma Colorectal* meningkat dengan bertambahnya usia, kebanyakan kasus terjadi pada orang yang berusia lebih dari 40 tahun. Jarang sekali ada penderita *Carcinoma Colorectal* yang usianya dibawah 40 tahun, kalaupun ada bisa dipastikan dalam sejarah keluarganya ada yang terkena *Carcinoma Colorectal* juga.

1. Polip

Adanya polip pada kolon, khususnya polip jenis *adenomatosa* (berbentuk tubular atau vili) jika polip ini langsung dihilangkan pada saat ditemukan, tindakan penghilangan tersebut akan bisa mengurangi risiko terjadinya *Carcinoma Colorectal* dikemudian hari.

1. Riwayat Kanker

Seseorang yang pernah terdiagnosis mengidap *Carcinoma Colorectal* bahkan pernah dirawat untuk *Carcinoma Colorectal* dan berisiko tinggi terkena *Carcinoma Colorectal* lagi dikemudian hari.

1. Faktor Keturunan atau Genetika

Sejarah adanya *Carcinoma Colorectal* dalam keluarga, orang yang keluarganya punya riwayat penyakit FAP (*Familial Adenomatous Polyposis*) atau tumor tumbuh pada epitel permukaan usus besar.

1. Kebiasaan makan

Kebiasaan mengonsumsi makanan yang mengandung banyak lemak begitupun kurang dalam mengonsumsi makanan berserat.

1. Berat badan yang berlebihan (obesitas).
2. Patofisiologi

*Carcinoma Colorectal* (95 %) *adenocarcinoma* (muncul dari lapisan epitel usus). Dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal dan meluas kedalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar kebagian tubuh yang lain (paling sering ke hati). Pertumbuhan kanker menghasilkan efek sekunder, meliputi penyumbatan lumen usus dengan obstruksi dan ulserasi pada dinding usus serta perdarahan. Penetrasi kanker dapat menyebabkan perforasi dan abses, serta timbulnya metastase pada jaringan lain prognosis relatif baik bila lesi terbatas pada mukosa dan submukosa pada saat reseks dilakukan, dan jauh lebih jelek telah terjadi metatase ke kelenjar limfe (Japaries, W . 2013).

1. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis terjadinya *Carcinoma Colorectal* menurut Wijaya & Putri (2013), yaitu :

1. Bervariasi dan tidak spesifik, bisa dijumpai tanpa keluhan sampai adanya keluhan berat atau tergantung pada lokasi atau besarnya tumor.
2. Umumnya *asimtomatic* (tidak menyadari gejala apapun) atau relatif bergejala ringan pada saat penyakit ditemukan, keluhan peranal merupakan keluhan penderita dengan gejala berupa perdarahan segar bercampur atau tanpa disertai tinja.
3. Gejala spesifik :
4. Keluhan ada massa (benjolan) di abdomen kanan.
5. Obstruksi atau penyumbatan akan timbul bila tumor sudah besar.
6. Nyeri dangkal abdomen.
7. Diare (BAB dengan frekuensi yang sering dan sulit ditahan dengan tinja yang lembek dan berair).
8. Melena (BAB darah).
9. Konstipasi (sembelit).
10. Distensi abdomen (penumpukan cairan).
11. Menurut Diyono (2013), tingkatan *carcinoma colorectal* sebagai berikut :
12. Stadium 0 : kanker ditemukan hanya pada lapisan terdalam di kolon atau rektum.
13. Stadium 1 : tumor telah tumbuh kedinding dalam kolon atau rektum, tumor belum tumbuh menembus dinding otot.
14. Stadium 2 : tumor telah berkembang lebih dalam atau menembus dinding kolon atau rektum. Kanker ini mungkin telah menyerang jaringan di sekitarnya, tapi sel-sel kanker belum menyebar ke kelenjar limfe.
15. Stadium 3 : kanker telah menyebar ke kelenjar.
16. Stadium 4 : kanker telah menyebar ke bagian tubuh yang lain, misalnya hati atau paru-paru.
17. Komplikasi

Menurut Wijaya & Putri (2013), komplikasi pada *Carcinoma Colorectal*yaitu :

1. Penyumbatan usus sebagian atau lengkap diikuti penyempitan lumen akibat lesi.
2. *Hemorrhage* (pendarahan).
3. Pembentukan abses akibat perforasi dinding usus oleh tumor yang diikuti kontaminasi dari rongga peritoneal oleh usus.
4. Syok akibat peritonitis (radang membran yang melapisi dinding perut) dan sepsis (komplikasi infeksi yang merusak beberapa sistem organ).
5. Metastase atau penyebaran kanker ke organ lain yang berdekatan, terjadi fistel atau yang menghubungkan antara kanalis anal ke kulit di sekitar anus ataupun ke organ lain seperti vagina.
6. Penatalaksanaan
7. Penatalaksanaan Medis
8. Keberhasilan pengobatan *Carcinoma Colorectal* ditentukan oleh stadium saat diagnosis dibuat. Penentuan stadium sebelum tindakan operasi khususnya pada *Carcinoma Colorectal* berguna untuk menentukan strategi pengobatan seperti pemberian kemoterapi dan pemilihan jenis operasi yang dilakukan.
9. Penatalaksanaan medik berdasarkan stadium :
10. Stadium 0, dengan terapi eksisi lokal atau polipektomi sederhana (pemotongan polip dengan kolonoskopi).
11. Stadium 1, *wide surgical resection* dengan anastomosis, tanpa terapi adjuvan.
12. Stadium 2, *wide surgical resection* dengan anastomosis, terapi adjuvan setelah pembedahan pada pasien dengan risiko tinggi.
13. Stadium 3, *wide surgical resection* dengan anastomosis, terapi adjuvan setelah pembedahan.
14. Stadium 4, reseksi tumor primer dengan metastasis yang dapat direseksi, kemoterapi sistemik.
15. Tempat pemasangan kolostomi
16. Kolostomi *asenden* terletak pada abdomen sebelah kanan dan cairan yang dihasilkan sangat encer.
17. Kolostomi *transversal* sering mengeluarkan isi usus karena isi kolon *tranvesum* tidak padat sehingga tidak mudah diatur.
18. Kolostomi *desenden* terletak pada abdomen sebelah kiri bawah, feses yang dikeluarkan pada kolostomi ini lebih padat.
19. Penatalaksanaan Keperawatan
20. Pra Operatif
21. Penandatanganan *informed consent* sebagai dokumentasi bahwa klien dan keluarga memahami prosedur dan kemungkinan terjadinya risiko.
22. Klarifikasi dan interpretasikan sesuai kebutuhan, beri instruksi selama periode pra operatif, meliputi penanganan nyeri.

Tujuan perawatan pra operatif :

1. Menghilangkan nyeri.
2. Meningkatkan toleransi aktivitas.
3. Memberikan tindakan nutrisional.
4. Mencegah infeksi.
5. Pasca Operatif
6. Monitor *vital sign* kaji perdarahan dari insisi abdomen dan perineal, kolostomi atau anus, evaluasi komplikasi luka yang lainnya dan pertahankan integritas psikologis.
7. Monitor bising usus dan derajat distensi abdomen.
8. Sediakan obat untuk mengurangi nyeri dan pemberian rasa nyaman seperti perubahan posisi.
9. Kaji warna, jumlah dan bau drainase dan kolostomi (bila ada).

Tujuan perawatan pasca operatif :

1. Perawatan luka.
2. Pendidikan klien dan pertimbangan perawatan di rumah.
3. Pemantauan dan penatalaksanaan komplikasi.
4. Pemeriksaan Diagnostik
5. Colok dubur : melihat pertumbuhan sel.
6. Sigmoidoskopi : menunjukkan obstruksi usus (sigmoid).
7. Contoh feses : melihat ada atau tidaknya bakteri atau bentuknya.
8. Darah lengkap : dapat menunjukkan anemia hiperkronik.
9. Kadar besi serum : rendah karena kehilangan darah.
10. Foto kolon dengan enemabarium atau pemeriksaan radiografi.
11. Kolonoskopi (alat seperti tabung kecil yang panjang dan fleksibel).
12. Biopsi : melihat keganasan sel kanker.
13. Definisi Post Operasi

Post operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Tahap pasca operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berakhir saat pasien pulang (Uliyah & Hidayat, 2008).

1. Jenis-jenis Operasi
2. Menurut fungsinya (tujuannya), Potter dan Perry (2006) antara lain:
3. Diagnostik: biopsi, laparatomi eksplorasi
4. Kuratif (albatif): tumor, appendiktom
5. Repratif: memperbaiki luka multiple
6. Rekonstruktif: mamoplasti, perbaikan wajah
7. Paliatif: menghilangkan nyeri.
8. Transplantasi: penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi (cangkok ginjal, kornea).
9. Menurut luas atau tingkat resiko antara lain:
10. Mayor

Operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat resiko yang tinggi terhadapkelangsungan hidup klien.

1. Minor

Operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor.

1. Komplikasi Post Operasi

Menurut Majid, (2011) komplikasi post operasi adalah perdarahan dengan manifestasi klinis yaitu gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin basah pucat, nadi meningkat, suhu turun, pernafasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah. Sedangkan menurut Baradero (2008) komplikasi post operasi yang akan muncul antara lain yaitu hipotensi dan hipertensi. Hipotensi di definisikan sebagai tekanan darah sistol kurang dari 70 mmHg atau turun lebih dari 25% dari nilai sebelumnya. Hipotensi dapat disebabkan oleh hipovolemia yang diakibatkan oleh perdarahan dan overdosis obat anestetika. Hipertensi disebabkan oleh analgesik dan hypnosis yang tidak adekuat, batuk dan ventilasi yang tidak adekuat.

1. **Konsep Risiko Infeksi**
2. Definisi Risiko Infeksi

Risiko infeksi merupakan proses invasi dan multiplikasi mikroorganisme di jaringan tubuh, terutama yang menyebabkan cedera selular lokal akibat metabolisme yang kompetitif, toksin, replikasi intraseluler, atau respons antigen-antibodi (Dorland, 2011).

1. Faktor Risiko Infeksi

Menurut Tim Pokja (2017), faktor resiko infeksi antara lain:

1. Penyakit kronis
2. Efek prosedur invasif
3. Malnutrisi (kondisi gizi yang tidak seimbang)
4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer:
6. Gangguan peristaltik
7. Kerusakan integritas kulit
8. Perubahan sekresi PH
9. Penurunan kerja silaris
10. Ketuban pecah sebelum waktunya
11. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
12. Penurunan hemoglobin
13. Imunosupresi (penurunan sistem kekebalan tubuh)
14. Leukopenia (rendahnya jumlah sel darah putih yang ada di dalam tubuh)
15. Supresi respon inflamasi
16. Vaksinasi tidak adekuat
17. Faktor Predisposisi/pencetus

Beberapa faktor yang mencetuskan risiko infeksi pada pasien menurut Potter & Perry (2010) adalah:

1. Agen

Agen atau faktor penyebab adalah suatu unsur, organisme hidup atau kuman infeksi yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit atau masalah kesehatan lainnya.

1. Host

Host (pejamu) merupakan *intrinsic factors* yang mempengaruhi individu untuk terpapar, kepekaan (*susceptibility*), atau berespon terhadap agen penyebab penyakit. Pejamu adalah manusia atau makhluk hidup lainnya yang menjadi tempat terjadinya proses alamiah perkembangan penyakit.

1. Environment (ligkungan)

Lingkugan merupakan *extrinsic factors* yang mempengaruhi agen dan peluang untuk terpapar, seperti suhu, kelembapan, sinar matahari, oksigen dan sebagainya, ada agen tertentu yang hanya bisa bertahan atau menginfeksi pada keadaan lingkungan yang tertentu juga.

1. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala infeksi menurut Potter & Perry (2005), sebagai berikut:

1. Rubor (Kemerahan)

Rubor atau kemerahan, merupakan hal pertama yang terlihat didaerah yang mengalami peradangan. Hal ini terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna kemerahan.

1. Calor (Panas)

Calor atau rasa panas pada daerah yang mengalami infeksi akan terasa panas, hal ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibody dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi.

1. Dolor (Nyeri)

Dolor atau rasa nyeri yang dialami pada area yang mengalami infeksi, ini terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan nyeri.

1. Tumor (Bengkak)

Pembengkakan sebagian yang disebabkan oleh hiperemi dan sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringan interstitial.

1. *Functiolaesa*

Adanya perubahan fungsi secara superficial bagian yang bengkak dan sakit disertai sirkulasi dan lingkungan kimiawi lokal yang abnormal, sehingga organ tersebut terganggu dalam menjalankan fungsinya secara normal.

1. Derajat *Phlebitis*

*Phlebitis* merupakan peradangan akut lapisan internal vena yang ditandai oleh rasa sakit dan nyeri sepanjang vena kemerahan, bengkak dan hangat, serta dapat dirasakan di daerah sekitar penusukan. *Phlebitis* adalah komplikasi yang sering dikaitkan dengan terapi IV (Nursalam, 2017). *Phlebitis* dapat dinilai melalui observasi visual yang dilakukan oleh perawat. *Infusion Nursing Society* (INS) telah mengembangkan alat ukur untuk mengidentifikasi kejadian *phlebitis* seperti yang dapat dilihat pada tabel berikut:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skor | Keadaan area penusukan | Kategori & intervensi |
| 0 | Lokasi insersi terlihat sehat tidak ada tanda phlebitis | Bukan tanda phlebitis  Intervensi : observasi kanula |
| 1 | Terlihat satu dari dari tanda-tanda dibawah ini : nyeri ringan disekitar lokasi insersi atau terdapat eritema kecil disekitar lokasi insersi | Kemungkinan tanda awal phlebitis  Intervensi : observasi kanula |
| 2 | Terlihat dua dari dari tanda-tanda dibawah ini : nyeri ringan disekitar lokasi insersi atau terdapat eritema kecil disekitar lokasi insersi, pembengkakan | Stadium dini phlebitis  Intervensi : pindah posisi kanula |
| 3 | Semua tanda dibawah ini terlihat : nyeri sepanjang kanula, adanya indurasi | Stadium moderat phlebitis  Intervensi : pindah posisi kanula, pertimbangkan perawatan |
| 4 | Semua tanda dibawah ini terlihat dan bertambah : nyeri sepanjang kanula, eritema, indurasi, venous cord teraba | Stadium lanjut phlebitis atau tahap awal thrombophlebitis  Intervensi : pindah posisi kanula, pertimbangkan perawatan |
| 5 | Semua tanda dibawah ini terlihat dan bertambah : nyeri sepanjang kanula, eritema, indurasi, venous cord teraba, demam | Stadium lanjut thrombophlebitis  Intervensi : lakukan perawatan, pindah posisi kanula |

Tabel 2.1 VIP Score *(Visual* Sumber :*Infusion Nurses Society* 2016

1. **Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien *Carcinoma Colorectal***
2. Pengkajian Pada Pasien Dengan *Carcinoma Colorectal*

Dalam pengkajian ada dua jenis teknik pengumpulan data yaitu sumber data primer (Auto anamnesa) yang sumbernya adalah pasien sendiri, tanya jawab secara langsung dengan pasien, dan sumber data sekunder (Allo anamnesa) yang sumbernya adalah keluarga, orang terdekat, dan orang lain yang mengetahui tentang status kesehatan pasien, selain itu tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi (Muttaqin Arif, 2010).

Menurut Niman (2013) tujuan dari pengkajian atau anamnesa merupakan kumpulan informasi subyektif yang diperoleh dari apa yang dipaparkan oleh pasien terkait dengan masalah kesehatan, yaitu:

1. Identitas pasien yang perlu untuk dikaji meliputi:
2. Meliputi nama dan alamat
3. Jenis kelamin : kanker usu ini lebih banyak menyerang pada laki-laki
4. Umur : paling sering menyerang orang yang berusia lebih dari 40 tahun.
5. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama.

1. Riwayat Kesehatan Sebelumnya

Pengkajian yang mendukung adalah mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita penyakit lain. Orang yang sudah pernah terkena kanke usu besar dapat terkena kanker usus besar untuk kedua kalinya.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Secara patologi kanker kolorektal tidak diturunkan tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah di alami oleh anggota keluarga lainnya.

1. Eliminasi : pola buang air besar atau kecil : teratur, frekuensi, warna konsistensi, keluhan nyeri.
2. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Distensi abdomen, adanya teraba masa, penurunan bising usus dan kembung.

Kulit : Turgor kulit buruk, kering.

Eliminasi : Tekstur feses bervariasi dan bentuk lunak sampai bau, sering tidak dapat dikontrol, perasaan tidak puas atau tidak nyaman.

1. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik actual maupun potensial (Sumijatun, 2010).

Rumusan diagnosa keperawatan mengandung 3 komponen utama yaitu, Problem (P/Masalah) merupakan gambaran keadaan pasien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi, problem dapat diidentifikasikan sebagai respons manusia terhadap masalah-masalah kesehatan yang actual atau potensial sesuai dengan data-data yang didapat dari pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Etiologi (E/Penyebab) yaitu keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan atau masalah kesehatan yang memberikan arah terhadap terapi keperawatan. Penyebabnya meliputi: perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan. *Sign & symptom* (S/tanda dan gejala) adalah cirri, tanda atau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa. Jadi perumusan diagnosa keperawatan adalah PE/PES (Dermawan, 2012).

Menurut Niman (2013), Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul yaitu:

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kompresi tumor pada ujung saraf nyeri di dinding kolon.
2. Keletihan berhubungan dengan anemia karena adanya perdarahan internal dan feses bercampur darah.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan nutrisi yang tidak adekuat.
4. Risiko infeksi berhubungan dengan luka pasca bedah kolostomi.
5. Intervensi

Intervensi merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan (Rohmah & Wali, 2012). Menurut Dermawan (2012) pedoman penulisan tujuan dan kriteria hasil berdasarkan SMART yaitu, *Spesific* yaitu tujuan harus spesifik tidak boleh memiliki arti ganda, tujuan dan hasil difokuskan pada pasien yang mencerminkan perilaku serta respon pasien yang dapat diperkirakan sebagai hasil intervensi keperawatan, *Measurable* yaitu tujuan dapat diukur khususnya pada prilaku pasien yang dapat dirasakan, dilihat dan diraba, *Achievable* yaitu tujuan yang harus dicapai dituliskan dalam istilah yang dapat diukur sehingga memungkinkan perawat dapat mengukur serta menilai secara objektif perubahan status pasien, *Realistic* yaitu tujuan yang harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah diharapkan singkat dan jelas dengan cepat dapat memberikan perawat serta pasien bisa merasakan pencapaian, dan yang terakhir *Time* yaitu batasan waktu yang dapat membantu perawat dan pasien dalam menentukan kemajuan dengan cepat dan jelas, serta saat melakukan intervensi, harus berfokus pada empat pokok penting dalam perencanaan yaitu Observasi *(Observation),* tindakan keperawatan (*Nursing Treatment)*, pendidikan kesehatan *(Education)*, dan tindakan kolaborasi *(Collaboration)* atau yang disingkat ONEC. Perencanaan keperawatan sesuai buku NOC 2013 pada pasien dengan Risiko Infeksi, yaitu:

1. Resiko infeksi berhubungan dengan kemampuan perlindungan

Tujuan : Kontrol Infeksi

Kriteria hasil : mengidentifikasi faktor risiko infeksi dari skala 2 jarang menunjukkan ditingkatkan ke skala 4 sering menunjukkan, mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi dari skala 2 jarang menunjukkan ditingkatkan ke skala 4 sering menunjukkan, mempertahankan lingkungan yang bersih dari skala 2 jarang menunjukkan ditingkatkan ke skala 4 sering menunjukkan.

Intervensi:

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan ke pasien.
2. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat.
3. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melapor ketenaga kesehatan.
4. Kolaborasi untuk memberikan terapi antibiotik yang sesuai.
5. Libatkan keluarga untuk menjaga kebersihan di area tusukan infus agar tidak terjadi infeksi.
6. Peran Keluarga

Peran keluarga menurut Nadirawati (2018), menggambarkan seperangkat prilaku, sifat, kegiatan pribadi dan mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial tertentu.

1. Peran Formal

Peran formal bersifat eksplisit (nyata) setiap kandungan struktur peran keluarga berkaitan dengan posisi formal keluarga yaitu istri harus menemani dan ikut serta dalam proses perawatan pasien selama di RS.

1. Peran Informal

Peran informal (peran tertutup) bersifat implisit biasanya tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga yaitu perlu penguatan dan penghibur dari anggota keluarga maupun sahabat untuk penyembuhan pasien.

1. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah su atu tindakan yang dilakukan sesuai dalam rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaan terdapat tiga jenis tindakan keperawatan menurut Tarwoto & Wartonah (2015), antara lain sebagai berikut:

1. *Independent*

Tindakan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan secara mandiri oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Contoh tindakan mandiri perawat pada pasien risiko infeksi yaitu mengobservasi tanda dan gejala infeksi, melakukan perawatan infus, meng edukasi untuk menjaga kebersihan.

1. *Interdependent*

Tindakan keperawatan interdependen adalah suatu tindakan keperawatan secara kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya dokter. Misalnya dalam pemberian obat, pemasangan Infus.

1. *Dependent*

Tindakan keperawatan dependen adalah tindakan rujukan atau delegasi dari tim kesehatan lain seperti fisioterapi, psikolog.

1. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012). Tujuan evaluasi adalah untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan, evaluasi dibagi menjadi 2 macam yaitu:

1. Evaluasi Proses (Formatif)
2. Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan.
3. Berorientasi pada etiologi.
4. Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang dilakukan tercapai.
5. Evaluasi Hasil
6. Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna.
7. Berorientasi pada masalah keperawatan.
8. Menjelaskan keberhasilan atau tidak keberhasilan.
9. Rekaptulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan (Rohmah & Wahid, 2016).
10. Dokumentasi Keperawatan

Salah satu tugas dan tanggung jawab perawat adalah melakukan pendokumentasian mengenai intervensi yang telah dilakukan. Oleh karena itu dokumentasi merupakan bukti bahwa tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi, dan pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu. Prinsip dokumentasi SOAP pada Risiko Infeksi menurut Nursalam (2009) : S : subjektif menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnesa, O : objektif menggambarkan pendokumentasian hasil analisa data fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostik, A : *assessment* masalah atau diagnose yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan, dan P : *planning* menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan *assessment*. Dan catatan perkembangan disusun oleh seluruh tim keperawatan pada jenis lembaran yang sama yaitu (SOAP) dan lembar (PIE) *Problem, Intervention, Evaluation.*

1. Konsep Peran Keluarga
2. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang tinggal disatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Nadirawati, 2018).

1. Peran Keluarga

Peran keluarga menurut Nadirawati (2018), menggambarkan seperangkat prilaku, sifat, kegiatan pribadi dan mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial tertentu.

**B. Kerangka Teori**

Faktor resiko :

1. Prosedur invasif
2. Penyakit kronis
3. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

Penyebab *carcinoma colorectal* :

1. Polip kolorektal.
2. Diet tinggi kolesterol atau lemak.
3. Rendah serat dan karbohidrat.
4. Obesitas.

*Carcinoma Colorectal*

Peran Keluarga

1. Mampu mengenal masalah risiko infeksi
2. Mampu mengambil keputusan
3. Mampu merawat keluarga yang sakit
4. Mampu memodifikasi lingkungan
5. Mampu memanfaatkan fasilitas

Risiko Infeksi

Penatalaksanaan risiko infeksi :

1. Pengkajian.

Riwayat kesehatan, pola makan, pemeriksaan fisik pada sistem pencernaan.

1. Diagnosa keperawatan.

(Risiko Infeksi)

1. Rencana tindakan.

(Perencanaan risiko infeksi).

1. Pelaksanaan.

(mengobservasi tanda dan gejala infeksi)

1. Evaluasi

Faktor pencetus/predisposisi:

1. Agen
2. Host
3. Environment (ligkungan)

Tumor malignant yang muncul pada jaringan epitel dari kolon atau rektum yang berkembang dari polip adenomatosa sehingga terjadi obstruksi pada kolon.

Bagan 2.1 Kerangka Teori

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian adalah alur kegiatan peneliti dalam memecahkan masalah. Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan Asuhan Keperawatan.

1. **Objek Penelitian**

Objek penelitian adalah sasaran untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu tentang sesuatu hal yang objektif, valid dan reliable tentang suatu hal (Sugiyono, 2010). Objek dalam penelitian ini adalah suatu data asuhan keperawatan yang dilampirkan dalam bentuk KTI (Karya Tulis Ilmiah) pada tahun 2018 yang ada di perpustakaan Akper YKY Yogyakarta.

1. **Lokasi dan Waktu**

Lokasi penelitian adalah tempat yang dilakukan oleh peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitian. Waktu penelitian adalah rencana tentang jadwal yang dilakukan oleh peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitian (Hidayat, 2011). Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi D III Keperawatan pada bulan Februari 2020 sampai dengan Juni 2020, yakni di mulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

1. **Definisi Operasional**

Tabel 3.1 Definisi Operasional

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Variabel | Definisi operasional |
| 1. | Risiko Infeksi | Merupakan peningkatan resiko masuknya organisme pathogen ke dalam tubuh melalui tusukan infus sehingga dapat menyebabkan infeksi pada lokasi penusukan infus. |
| 2. | *Carcinoma Colorectal* | Suatu penyakit yang ditandai dengan tumbuhnya sel kanker yang ganas di dalam permukaan usus besar dan rectum. |

1. **Instrumen Penelitian**

Menurut Sugiyono (2015), penelitian kualitatif instrument nya adalah peneliti itu sendiri, dan sama hal nya pada penelitian kualitatif ini yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

1. **Teknik Pengumpulan Data**

Menurut Sugiyono (2013), teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian untuk memperoleh data. Teknik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi D III Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) tahun 2018.

1. **Analisis Data**

Analisis data deskriptif kualitatif adalah analisa data dalam bentuk kalimat secara sistematis berdasarkan kenyataan yang diperoleh dari hasil penelitian di lapangan sehingga memudahkan untuk menarik kesimpulan dalam menjawab permasalahan dalam penelitian ini (Hadi, 2008). Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

Analisa data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Pengamatan Deskriptif
2. Menginterpretasikan data hasil studi kasus
3. Menganalisa data hasil studi kasus
4. Membandingkan dengan teori
5. **Etika Studi Dokumentasi**

Etika dalam studi dokumentasi ini meliputi:

1. *Anonimity* (tanpa nama hanya inisial yang di cantumkan)

Dalam pencantuman nama pasien maupun penanggung jawab studi kasus ini, penulis menggunakan nama dengan inisial.

1. *Confidiently* (kerahasiaan)

Informasi dari pasien harus dijamin kerahasiaanya oleh peneliti. Peneliti mencantumkan alamat klien tidak secara lengkap. Informasi-informasi mengenai klien akan digunakan hanya untuk pendidikan dan apabila di perlukan untuk proses hukum. Kemudian untuk penyimpanan data di laptop, hardisk, maupun setelah data di print akan peneliti simpan dengan sebaik-baiknya (tidak di perjual belikan), hal ini peneliti lakukan untuk menjamin supaya kerahasiaan mengenai pasien maupun keluarga tetap terlindungi dan terprivasi.

1. **Alur Penelitian**

Ijin Penelitian

Pengambilan data berupa dokumen

Analisa Data

Membandingkan dengan teori

Hasil

Bagan 3.1 Alur Penelitian

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

1. **Hasil**
2. Gambaran Kasus

Hasil pengkajian dari data studi dokumentasi yang diperoleh berupa asuhan keperawatan Risiko Infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus dengan diagnosa medis *Stoma Prolap Adeno Ca Recti Post Colostomy* di Ruang Cendana 2 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta selama 3shift dalam 3 hari pada tanggal 23 April 2018 sampai 25 April 2018. Pada tahap wawancara tanggal 23 April 2018, di dapatkan hasil data mengenai identitas pasien yang bernama Tn. S berjenis kelamin laki-laki berusia 56 tahun. Tn. S menganut agama Kristen, berpendidikan SMA, status perkawinan menikah, suku bangsa jawa Indonesia dan beralamat di 19 taman galaxy rt 08 rw 14.

Pada dokumen riwayat kesehatan didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada perut di bagian stoma, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 4. Kemudian pasien masuk RS dengan keluhan 2 minggu yang lalu stoma keluar dan memanjang. Pasien mengatakan pada tahun 2016 dilakukan pengangkatan *appendectomy* dan pada tahun 2017 dilakukan *ileustomy*. Pasien mengatakan mempunyai riwayat polip dan radang kolon sehingga dilakukan operasi pemasangan kolostomi di RS di daerah Bekasi. Kemudian pada tanggal 20 April 2018 pasien di bawa ke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan keluhan nyeri dan stoma memanjang, dari poli dilakukan pemeriksaan fisik TD : 90/80 mmHg, N : 80x/menit, RR : 22x/menit, S : 36,6˚C. Kemudian dokter menyarankan rawat inap untuk dilakukan pemeriksaan karena akan menjalani pembedahan kantung kolostomi stoma yang memanjang, setelah itu pasien dibawa ke Ruang Cendana 2 pada hari jum’at pukul 14.00 wib dan belum ada rencana operasi karena Hb pasien rendah yaitu 7, pasien terpasang infus RL 20tpm sejak tanggal 23 April 2018 di lengan sebelah kanan.

Pada saat dilakukan pengkajian infeksi pemasangan infus pada hari Senin 23 april 2018 balutan yang terdapat pada Tn. S tampak bersih tidak ada tanda-tanda infeksi seperti rubor (kemerahan), kalor (panas), tumor (bengkak), dolor (nyeri), functio laesa (salah satu fungsi yang hilang). Pada hari Selasa 24 april 2018 balutan tampak bersih, pada area tusukan infus tidak ada kemerahan dan tidak ada pembengkakan. Pada hari Rabu 25 april 2018 tidak terdapat tanda-tanda infeksi, dan infus masih terpasang sejak tanggal 23 april 2018.

Dari hasil pengkajian diatas didapatkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus. Sesuai dengan judul diatas maka diagnosa yang digunakan sebagai pembahasan adalah Risiko Infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus, ditandai dengan data objektif yaitu pasien terpasang infus RL 0,9% 20tpm dilengan sebelah kanan sejak tanggal 23 April 2018 (1 hari) dengan kondisi balutan bersih. Setelah diagnosa ditegakkan, rencana keperawatan yang dilakukan untuk risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dirawat di rumah sakit diharapkan *risk control,* dengan kriteria hasil pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, pasien mampu menunjukkan kemampuan untuk mencegah infeksi, pasien mampu menunjukkan perilaku hidup sehat. Mengacu pada tujuan tersebut dapat dibuat rencana tindakan dengan NIC label *infection control* yaitu observasi tanda dan gejala infeksi, lakukan perawatan luka, edukasi kepada pasien untuk menjaga kebersihan, kolaborasi dalam pemberian obat.

Pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan pada hari senin tanggal 23 april 2018 pukul 08.00 wib, yaitu mengobservasi tanda dan gejala infeksi dan mengedukasi pada pasien untuk menjaga kebersihan. Setelah dilakukan pelaksanaan keperawatan didapatkan hasil evaluasi hari Senin 23 April 2018 pukul 14.30 wib didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan akan menjaga kebersihan luka tusukan infus, pasien mengerti tentang infeksi, pasien mengatakan sudah menjaga kebersihan, data objektif balutan luka tampak bersih, masalah risiko infeksi teratasi sebagian dan dilanjutkan intervensi dengan mengobservasi tanda dan gejala infeksi, kelola pemberian obat, lakukan perawatan luka.

Catatan perkembangan hari rabu 25 April 2018 jam 21.00 wib (shif malam) mengobservasi tanda dan gejala infeksi. Evaluasi hari kamis 26 April 2018 pukul 07.00 wib didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan pasien mengatakan infus terpasang tanggal 23 April 2018, data objektif tidak ada kemerahan di area tusukan infuse, tidak ada bengkak di area tusukan infus.

Evaluasi keperawatan dari hasil pelaksanaan yang sudah dilakukan pada hari rabu 25 April 2018 pukul 21.00 wib dengan masalah risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus teratasi, ditandai dengan tidak ada tanda-tanda terjadinya infeksi, tetapi pasien masih terpasang infus.

1. **Pembahasan**

Menurut Tarwoto & Wartonah (2015), pengkajian merupakan proses pertama dalam asuhan keperawatan dan metode penggalian informasi untuk menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan. Pengkajian sendiri dapat dilakukan dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Data yang di dapat dengan tahap wawancara pada dokumen yang telah ada yaitu salah satunya adalah identitas pasien yang bernama Tn. S berjenis kelamin laki-laki, menurut penelitian Abdullah (2014), pada kasus *Carcinoma Colorectal* lebih banyak ditemukan pada laki-laki dari pada perempuan dengan perbandingan 19,4 dan 15,5 per 100.000 penduduk. Data pengkajian selanjutnya di dapatkan pasien berusia 56 tahun. Hal tersebut sesuai dengan penelitian El-Shami, dkk (2015), yang menyatakan bahwa angka insidensi *Carcinoma Colorectal* lebih tinggi pada usia 50 tahun ke atas dibandingkan dengan usia 20-49 tahun. Dengan demikian hasil data yang di dapatkan sudah sesuai dengan penelitian yang telah ada, dimana dapat di simpulkan bahwa pengumpulan data berupa pengkajian dengan tahap wawancara seperti usia dan jenis kelamin pada klien sangat di butuhkan oleh perawat. Seperti halnya penelitian yang telah dilakukan di atas dapat disimpulkan bahwa yang lebih berpotensi terkena *Carcinoma Colorectal* adalah seorang laki-laki dengan usia di atas 50 tahun.

Menurut penelitian *Lin et al* (2013), banyaknya kejadian *Carcinoma Colorectal* pada laki-laki diatas usia 50 tahun, yang disebabkan oleh peningkatan *estradiol* , dimana estradiol dalam jumlah normal berfungsi dalam *spermatogenesis* dan fertilitas, jika jumlah *estradiol* yang berlebihan maka menghambat sekresi protein gonadotropin seperti LH (*luteinizing hormone*) yang selanjutnya akan mengurangi sekresi *testosterone*, pada jumlah *testosterone* yang tinggi terbukti memiliki hubungan dengan berkurangnya risiko *Carcinoma Colorectal,* selain itu dapat pula disebabkan dari kebiasaan merokok, makanan yang kurang serat, aktivitas yang berlebihan dan kebiasaan mengonsumsi alkohol. Setelah mengetahui mengenai identitas, kemudian perawat bisa lebih memperkuat menggali informasi mengenai keluhan yang di alami pasien, dengan begitu ketika tahap pengkajian sudah di temukan sebuah masalah maka tahap selanjutnya untuk kemudian di pecahkan masalah yang di alami klien tersebut dengan tujuan supaya terpenuhinya kebutuhan kesembuhan pasien.

Pada tahap pengkajian selanjutnya di dapatkan data Subjektif bahwa Tn. S sendiri memiliki riwayat polip dan radang kolon sehingga dilakukan operasi pengangkatan *appendictomy* pada tahun 2016, dan pada tahun 2017 dilakukan *ileustomy* dengan dilakukan pemasangan kolostomi. Menurut penelitian El-Shami (2015), bahwa insiden *Carcinoma Colorectal* dapat disebabkan karena pada penuaan terjadi penurunan fungsi sel dan jaringan dalam mempertahankan struktur, sehingga terjadi penumpukkan kerusakan sel, selain itu hal ini juga dapat disebabkan oleh *Carcinoma Colorectal* yang diawali dengan polip adenomatosa dimana polip ini nantinya berkembang menjadi kanker intensive. Maka dapat disimpulkan bahwa pada pasien *Carcinoma Colorectal* salah satunya dapat disebabkan karena adanya riwayat polip seperti yang telah dijelaskan pada hasil dan teori diatas.

Hasil pengkajian selanjutnya ditemukan data bahwa sebelum dilakukan tindakan pembedahan kantung kolostomi stoma yang memanjang, Tn. S mengalami penurunan HB (hemoglobin): 7.7 g/DL, dimana hemoglobin tersebut merupakan protein utama tubuh manusia yang berfungsi mengangkut oksigen dan mengangkut CO2 dari jaringan perifer ke paru-paru (Maylina, 2010).

Menurut penelitian yang dilakukan Soetjiningsih (2007), penyebab rendahnya kadar hemoglobin dalam darah salah satunya yaitu asupan yang tidak menyukupi, selain itu konsumsi makan cukup tetapi makanan yang dikonsumsi memiliki bioavaibilitas zat besi yang rendah sehingga jumlah zat besi yang diserap oleh tubuh kurang. Sedangkan menurut penlitian Wikjosastro (2005), HB rendah dapat disebabkan oleh penyakit infeksi seperti TBC, dan cacing usus, yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan penghancuran sel darah merah dan terganggunya eritrosit yang dapat menyebabkan HB rendah. Hasil yang di ungkapkan menurut teori sudah sesuai dengan data dokumen Tn. S, dimana dapat dilihat dari hasil laboratorium yang menunjukkan bahwa hasil nilai eritrosit pada Tn. S rendah 2.30 10^6/UL dimana hal tersebut dapat menyebabkan HB pasien menjadi rendah.

Maka dapat disimpulkan bahwa dalam dokumen pengkajian Tn. S sudah sesuai dengan teori pengkajian resiko infeksi, dimana pengkajian menurut Muttaqin Arif (2010), terdapat dua teknik pengumpulan data antaraantara lain: data primer (Auto anamnesa) yang sumbernya dari pasien sendiri yaitu Tn. S mengatakan memiliki riwayat polip dan radang kolon sehingga dilakukan operasi pengangkatan *appendectomy* pada tahun 2016 dan tahun 2017 dilakukan *ileustomy* dengan dilakukan pemasangan kolostomi. Kemudian data sekunder (Allo anamnesa) yang sumbernya dari keluarga maupun tenaga kesehatan lain yaitu data pemeriksaan penunjang pemeriksaan laboratorium Tn. S.

Hasil pengumpulan data yang dilakukan pada Tn. S ditemukan diagnosa keperawatan yaitu risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus. Di dapatkan data objektif yaitu pasien terpasang infus sejak hari senin tanggal 23 April 2018 (1 hari), kemudian tidak tampak tanda-tanda infeksi *(rubor, calor, dolor, tumor, dan functiolaesa)* pada area tusukan infus. Menurut penulis benda asing atau tindakan infasiv yang dimasukkan dalam tubuh dapat beresiko terjadinya infeksi, sedangkan dalam pemasangan infus tidak boleh lebih dari 3 hari karena dapat menimbulkan infeksi pada area tusukan infus.

Hal ini di dukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Imam R (2016), bahwa pasien dengan tindakan pemasangan infus lebih dari 3 hari beresiko terkena infeksi nosokomial, jika dibandingkan dengan pasien yang menggunakan infus kurang dari 3 hari, hal tersebut dikarenakan lokasi penusukan atau insersi infus yang lebih dari 3 hari akan menyebabkan organisme flora normal tumbuh secara berlebihan sehingga menyebabkan infeksi. Sehingga didapatkan kesimpulan bahwa pemasangan infus merupakan salah satu faktor pencetus terjadinya risiko infeksi. Maka dapat disimpulkan bahwa dalam perumusan diagnosa keperawatan pada Tn. S sudah sesuai dan memenuhi kaidah penulisan dimana menurut Dermawan (2012), yang meliputi komponen Problem (P/Masalah), Etiologi (E/Penyebab) dan *Sign & Symptom* (S/tanda dan gejala).

Perencanaan yang dilakukan pada Tn. S dengan diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif (pemasangan infus) dengan Tujuan (NOC): selama dirawat di rumah sakit diharapkan pasien mampu mencapai *risk control* dengan kriteria hasil: pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, mampu menunjukkan kemampuan untuk mencegah infeksi, mampu menunjukkan perilaku hidup sehat. Penulis menemukan dalam pemberian asuhan keperawatan Tn.S, pada NOC lebel tidak sesuai dengan masalah keperawatan yang di alami Tn. S. Hal ini di dukung teori SLKI (2019) bahwa isi dari kontrol risiko yaitu kemampuan mengidentifikasi faktor risiko, kemampuan mengenali perubahan status kesehatan, kemampuan melakukan strategi kontrol resiko, kemampuan menghindari faktor risiko, pemantauan perubahan status kesehatan, kemampuan modifikasi gaya hidup, kemampuan mengubah perilaku. Untuk rencana tindakannya (NIC) kontrol infeksi yaitu: monitor tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan luka sesuai prosedur, edukasi kepada keluarga untuk selalu mencuci tangan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Dalam buku SIKI (2018) rencana tindakan sudah sesuai. Tetapi hanya saja dalam rencana tindakan tidak melibatkan peran keluarga maupun orang terdekat, dimana menurut Friedman (2010), peran keluarga yaitu sebagai pemberi dukungan, pengharmonis hubungan, pendamai jika ada masalah, pioneer keluarga, pemberi hiburan untuk mencairkan suasana, pengasuh anggota keluarga yang sakit, dan perantara antara keluarga.

Dengan demikian teori tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Asmadi (2008), bahwasanya peran keluarga sangat penting dalam memberikan dukungan yang dibutuhkan klien bukan hanya dari perawat saja, karena keluargalah yang mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan klien agar tidak stress dan kemudian depresi, maka dari itu peran keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga. Maka dapat disimpulkan bahwa pada bagian perncenanaan keperawatan dalam penentuan tujuan dan kriteria hasil belum sesuai dengan teori, dimana pada dokumen tidak dituliskan *Time* atau waktu yang ditentukan, maka hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang di ungkapkan Dermawan (2012), bahwa pedoman penulisan tujuan dan kriteria hasil harus berdasarkan SMART *(Specific, Measureable, Achievable, Realistic, Time)*. Untuk penentuan intervensi sudah sesuai dengan teori yang di ungkapkan Dermawan (2012) bahwa dalam intervensi harus meliputi ONEC *(Observation, Nursing Treatment, Education, Colaboration).*

Menurut Tarwoto & Wartonah (2010), bahwa dalam melaksanakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah di buat. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilaksanakan pada hari senin 23 April 2018 sampai 25 April 2018 dengan masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus yaitu: Mengobservasi tanda dan gejala infeksi, melakukan dressing infus, mngedukasi untuk menjaga kebrsihan dan kolaborasi dalam pembrian obat. Tindakan keperawatan mengobservasi tanda dan gejala infeksi menurut Hidayat (2008), selama proses pemasangan infus perlu memperhatikan hal-hal untuk mencegah komplikasi yaitu dengan cara observasi tanda atau reaksi alergi terhadap infus atau komplikasi lain. Pada saat di observasi hari senin 23 April 2018 tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada area tusukan infus, hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Darmadi (2008), yang menyatakan bahwa proses infeksi membutuhkan waktu dan dapat terjadi melalui tiga tahap yaitu tahap pertama masuknya mikroba ke jaringan, lalu tahap kedua mikroba melakukan invasi dan tahap ketiga mikroba melakukan multiplikasi pada jaringan, dalam hal ini phlebitis tidak bisa dinilai langsung setelah pemasangan infus dilakukan. Tindakan keperawatan melakukan dressing infus, menurut Gabriel (2010), pasien yang mendapat terapi intravena, dressing pertama sebaiknya dilaksanakan setelah 24 jam dari pemasangan dan evaluasi tanda infeksi kemudian dressing selanjutnya dapat dilakukan apabila terlihat kotor dan rusak.

Sedangkan menurut Smeltzer & Bare (2010), perawatan infus harus dilakukan setiap 24 jam khusunya ditempat fungsi dan dalam jangka 48 jam menganjurkan rotasi tempat infus untuk mencegah kerusakan pembuluh darah dan masuknya mikroorganisme kedalam aliran darah. Tindakan keperawatan mengedukasi untuk menjaga kebersihan, dalam SIKI (2018), edukasi yang diberikan untuk pencegahan infeksi seperti ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka. Dan yang terakhir tindakan keperawatan kolaborasi dalam pemberian obat, pada tanggal 25 April 2018 pukul 15.30 wib Tn. S mendapat terapi *Ceftriaxone* 1g/12 jam/IV. Menurut Utami (2011), antibiotika yang digunakan klinis untuk menangani berbagai penyakit infeksi berupa penisilin, kloramfenikol, dan kelompok cephalosporin, tetrasiklin, aminoglikosida, makrolida, polipeptida, linkomisin dan rifampisin. Maka dapat disimpulkan bahwa tindakan keperawatan pada dokumen ini yang mencakup antara lain independen yaitu mengobservasi tanda dan gejala infeksi, melakukan perawatan infus, mengedukasi untuk menjaga kebersihan, dan untuk tindakan interdependen yaitu pemberian obat ceftriaxone 1g/12 jam melalui intra vena. Dengan demikian pelaksanaan yang ada di dokumen belum sesuai dengan teori yang di ungkapkan Tarwoto & Wartonah (2015), bahwasanya dalam pelaksanaan keperawatan mencakup tindakan independen, dependen, dan interdependen.

Pada evaluasi keperawatan yang dilakukan setiap selesai tindakan dari tanggal 23 April 2018 sampai 24 April 2018 bahwa risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus, untuk tindakan yang di lakukan sudah tercapai semua. Pada hasil evaluasi hari terakhir tanggal 25 April 2018, tercapainya tujuan di kriteria hasil yaitu pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, pasien mampu menunjukkan kemampuan untuk mencegah infeksi, pasien mampu menunjukkan perilaku hidup sehat. Maka tertulis pada bagian *Assesmen* bahwa masalah risiko infeksi teratasi, tetapi pasien masih terpasang infus. Maka dari itu *Planning* di lanjutkan dengan intervensi antara lain: observasi tanda dan gejala infeksi, kelola pemberian terapi obat, lakukan dressing infus. Hal ini sesuai yang dikemukakan oleh Deswani (2009), bahwa evaluasi proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan.

1. **Keterbatasan Studi Dokumentasi**
2. Metode yang digunakan dalam menyusun laporan ini menggunakan studi dokumentasi yang diambil dari Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang sudah lulus tahun 2018, ada beberapa yang kurang jelas dalam pendokumentasianya.
3. Dengan adanya bimbingan dan penjelasan secara online sehingga membuat mahasiswa kurang memahami apa yang telah di maksudkan oleh pembimbing, beda halnya jika dilakukan secara tatap muka, maka mahasiswa akan lebih memahami dan membuat efisien dalam melaksanakan bimbingan.

**BAB V**

**PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Dari hasil studi dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan masalah Risiko Infeksi, penulis dapat menyimpulkan beberapa kesimpulan dari hasil studi dokumentasi antara lain sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang di dapatkan bahwa Tn. S terpasang infus RL 20tpm di lengan sebelah kanan sejak tanggal 23 April 2018, dimana data yang dikumpulkan meliputi data primer maupun sekunder, yang berupa pengkajian dengan tahap wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

1. Diagnosa Keperawatan

Hasil pengumpulan data yang dilakukan pada Tn. S ditemukan diagnosa keperawatan yaitu risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif pemasangan infus. Maka dapat disimpulkan bahwa dalam perumusan diagnosa keperawatan pada Tn. S sudah sesuai dan memenuhi kaidah penulisan yang meliputi komponen Problem (P/Masalah), Etiologi (E/Penyebab) dan *Sign & Symptom* (S/tanda dan gejala).

1. Intervensi

Perencanaan pada diagnosa keperawatan Risiko Infeksi untuk bagian NOC belum sesuai dengan teori dan pada bagian NIC sudah sesuai dengan teori, tetapi hanya saja dalam rencana tindakan tidak melibatkan peran keluarga maupun orang terdekat, dimana menurut Friedman (2010), peran keluarga adalah sebagai pemberi dukungan, pengharmonis hubungan, pendamai jika ada masalah, pioneer keluarga, pemberi hiburan untuk mencairkan suasana, pengasuh anggota keluarga yang sakit, dan perantara antara keluarga.

1. Implementasi

Pada tahap pelaksanaan yang dilakukan pada Tn. S dengan diagnosa keperawatan Risiko Infeksi yaitu mengobservasi tanda dan gejala infeksi, mengedukasi untuk menjaga kebersihan di sekitar tusukan infus, melakukan dressing infus, dan mengelola pemberian obat. Dari hasil pelaksanaan yang telah dilakukan ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, dimana pada tahap pelaksanaan tidak semua rencana tindakan pada teori NIC (2013) diterapkan pada pasien Risiko Infeksi, karena pelaksanaan yang di buat disesuaikan dengan keadaan umum pasien.

1. Evaluasi

Evaluasi yang di dapatkan selama di rawat di rumah sakit pada pasien Tn. S dengan masalah keperawatan Risiko Infeksi yaitu pada bagian Assesmen tertulis bahwa masalah risiko infeksi teratasi, tetapi pasien masih terpasang infus. Maka dari itu Planning harus di lanjutkan dengan intervensi antara lain: observasi tanda dan gejala infeksi, kelola pemberian terapi obat, lakukan dressing infus.

1. Berdasarkan hasil pembahasan diatas pada askep ini tidak ditemukan peran keluarga, sehingga tidak melibatkan keluarga dalam proses keperawatan, dimana menurut Friedman (2010), peran keluarga adalah sebagai pemberi dukungan, pengharmonis hubungan, pendamai jika ada masalah, pioneer keluarga, pemberi hiburan untuk mencairkan suasana, pengasuh anggota keluarga yang sakit, dan perantara antara keluarga.
2. **Saran**
3. Bagi Akper “YKY” Yogyakarta

Penulis menyarankan untuk kedepanya jika masih menggunakan studi dokumentasi diharapkan dapat mempertimbangkan terlebih dahulu dokumen yang akan diberikan kepada mahasiswa, supaya mahasiswa yang diberi tanggung jawab bisa memahami isi dari dokumen tersebut .

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Bagi penulis selanjutnya yang akan membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Risiko Infeksi pada pasien *Carcinoma Colorectal* lebih teliti dan mendalami teori. Bagi mahasiswa selanjutnya yang akan melakukan studi dokumentasi sejenis diharapkan mempertimbangkan dokumen yang dipilih agar memperoleh hasil yang maksimal.

**DAFTAR PUSTAKA**

Abdullah. (2014). *Kebutuhan Dasar Manusia Untuk Mahasiswa Keperawatan.* Jakarta : CV. Trans Info Media

Amerian Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016. *Colon Cancer Facts Fig 2014; 1-32*

Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Asmadi. (2008). Teknik Prosedural Konsep & Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta : Salemba Medika

Baradero. (2008). *Prinsip dan Praktek Keperawatan Perioperatif*. Jakarta : EGC

Betty bea septiari. (2012) *Infeksi nosokomial*. Penerbit nuha medica. Jakarta

Bulechek, G., dkk. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi Bahasa Indonesia*. Singapore : Elsevier.

Bulechek, G., dkk. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Edisi Bahasa Indonesia*. Singapore : Elsevier.

Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokimial Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta

Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja.* Gosyen Publising: Yogyakarta

Deswani. (2009). *Proses Keperawatan dan berfikir kritis*. Jakarta : Salemba Medika.

Diyono. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan.* Jakarta : EGC

Friedman. M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi Ke-5.* Jakarta : EGC

Globocan. (2018). *Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018*.

<http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx>

Gunasekaran, V.dkk.(2019). Karakteristik Klinikopatologi Carcinoma Colorectal Di RSUP Sanglah, Bali, Indonesia Tahun 2013-2017. *Intisari Sins Medis 2019*, Volume 10, Number 3;552-556. Directory Of Open Akses Journals

Hidayat, A. Aziz Alimul. (2008). *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Cetakan II.* Jakarta: Salemba Medika

Hidayat, A. Aziz Alimul. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif,* Jakarta: Heath Books

Japaries, W. (2013). *Buku Ajar Onkologi Klinis Edisi 2*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Kasiati, Rosmalawati, Dwi W. (2016). *Kebutuhan Dasar Manusia 1*. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan

Kementrian Kesehatan RI. Keputusan menteri kesehatan RI, pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas kesehatan. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI; 2017

Khairiyatul, R. Afiyah. (2017). Dukungan Keluarga Mempengaruhi Kemampuan Adaptasi (Penerapan Model Adaptasi Roy) Pada Pasien Kanker Di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol. 10, No. 1, Februari 2017, hal 96-105*.

<http://journal2.unusa.ac.id/index.php/JHS/article/download/150/131>

Kozier Barbara, Erb Glenora. dkk. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*

*Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 7 Volume 1. Jakarta : EGC

Majid, dkk. (2011). *Keperawatan Perioperatif*. Gosyen Publishing : Yogyakarta

Maylina, L. A. (2010). *Hubungan Antara Protein, Zat Besi Dengan Kejadian Anemia*

Muttaqin, Arif. (2010). *Pengkajian Keperawatan: Aplikasi Pada Praktik Klinik* Jakarta: Salemba Medika

Nadirawati. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan keluarga*. Bandung : Refika Aditama

Niman, S. (2013). Pengkajian Kesehatan untuk Perawat. (A. W. Arrasyd, Ed.). Jakarta: Trans Info Media

Ningratri, Purnama. & Wahyuni, Dwi. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dan Bidan Terhadap Tindakan Pemasang Infuse Dalam Penerapan Universal Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura 2015. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, 7 (1);Januari 2015.;*Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas MH Tamrin

Nursalam. (2009). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktisi* Jakarta : Salemba Medika.

Nursalam. (2012). *Management Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Professional Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika.

Nursalam. (2014). *Management Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Professional*. Jakarta : Salemba Medika.

Potter & Perry. (2010). *Fundamental of Nursing: Konsep, proses and practice.* Edisi 7.Vo.3. Jakarta : EGC

Putri P. V. P., Susanti N. M. P., & Laksmiani M. P. L. (2019). Senyawa Kuersetin Sebagai Anti Kanker Kolorektal. *Jurnal Kimia (Jurnal Of Chemistry)13 (2) Juli 2019:166-171*

Riset Kesehatan Dasar. (2019). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.  
<http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf>

Rohmah, Nikmat & Walid Saiful. (2012). *Proses Keperawatan & Aplikasi, Yogyakarta*. Ar-Ruzz Medika.

Smeltzer, S.C, & Bare Brenda, B. G. (2010). *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah* vol 3. Jakarta : EGC

Soetjiningsih. (2010). *Tumbuh Kembang Remaja Dan Permasahannya*. Jakarta : CV

Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D.* Bandung: Alfabeta

Sumijatun. (2010). *Konsep dasar Menuju Keperawatan Professional*. Jakarta : TIM

Suratun, Lusianah. (2011). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta : Trans info Media.

Syaifuddin. (2010). Anatomi Fisiologi : *Kurikulum Berbasis Kompetensi untuk Keperawatan & Kebidanan. Edisi 4*. Jakarta : EGC

Tarwoto & Wartonah. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan Edisi 4.* Salemba Medika : Jakarta

Tarwoto & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan Edisi 6.* Salemba Medika : Jakarta

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik.* Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.* Jakarta: Retrieved from http://www.inna-ppni.or.id

Utami, Rahayu. (2011). Antibiotik, Resistensi dan Rasionalitas Terapi. El Hayah 1 (4)

Wijanarka, D. E. (2018). Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. S dengan Stoma Prolaps Adeno Carcinoma Recti di Ruang Cendana 2 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Wijaya, A. S., & Putri, Y . M. (2013). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah : Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.

**LAMPIRAN**

**JADWAL KEGIATAN**

Lampiran 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KEGIATAN** | **JANUARI 2020** | | | | **FEBRUARI 2020** | | | | **MARET 2020** | | | | **APRIL 2020** | | | | **MEI**  **2020** | | | | **JUNI**  **2020** | | | | **JULI**  **2020** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Studi  Pendahuluan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Penyusunan  Proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Seminar Proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Revisi  Seminar Proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Pengambilan Data Berupa Dokumen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Penyusunan Tugas Akhir |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Seminar KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Revisi KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Pengumpulan KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA Bid. I.adm.KMB.019

Lampiran 2

AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”

YOGYAKARTA

**FORMAT BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : Lela Fulaela

NIM : 2317020

Nama Pembimbing I : Yayang Haragustin, S.Kep., Ns., M.Kep.

Judul KTI : Studi Dokumentasi Rsiko Infeksi pada Pasien dengan *Carcinoma Colorectal* di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal Bimbingan | Materi Bimbingan | Tanda Tangan Bimbingan | |
| Pembimbing | Mahasiswa |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| UYogyakarta, |
| Pembimbing I |
| (Yayang Hariagustin, S.Kep., Ns., M.Kep.) |

Lampiran 2

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA Bid. I.adm.KMB.019

AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”

YOGYAKARTA

**FORMAT BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : Lela Fulaela

NIM : 2317020

Nama Pembimbing II : Venny Diana, S.Kep., Ns., M.Kep

Judul KTI : Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien dengan *Carcinoma Colorectal* di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal Bimbingan | Materi Bimbingan | | Tanda Tangan Bimbingan | |
| Pembimbing | Mahasiswa |
|  |  |  | |  |  |
| Yogyakarta, | | |
| Pembimbing II | | |
| (Venny Diana, S.Kep., Ns., M.Kep.) | | |