



ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.I DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OPERASI LAPARATOMY TUMOR SIGMOID DI RUANG ANGGREK RSUD BANYUMAS

Vivi Nazuroh^{1*}, Esti Nur Janah²

¹Program Studi D3 Keperawatan, Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes, Indonesia

Korespondensi penulis: nzrhvyvy@icloud.com*

Abstract. Sigmoid tumor is a malignancy of the distal large intestine that frequently requires major surgical intervention, such as a laparotomy. Nurses must provide comprehensive nursing care, particularly wound management, for post-laparotomy patients. This case study aims to implement appropriate and comprehensive nursing care for a patient experiencing gastrointestinal system disorders following a laparotomy for a sigmoid tumor in the Anggrek Ward at RSUD Banyumas. This study utilized a descriptive case study approach focusing on a post-laparotomy sigmoid tumor patient who received post-operative wound care and colostomy management. The interventions provided included non-pharmacological deep breathing relaxation techniques combined with analgesic collaboration for pain management, wound and stoma care to prevent infection, and support for early mobilization. Evaluation over 24 hours demonstrated significant improvement in the patient's condition, marked by a decrease in pain scale from 6 to 3, resolution of fever and wound swelling, an increase in muscle strength from a scale of 2 to 3, and enhanced mobilization capability. The combination of pharmacological and non-pharmacological nursing interventions is proven effective in accelerating the recovery process of patients undergoing laparotomy for sigmoid tumors.

Keywords: nursing care; laparotomy; mobilization; pain; sigmoid tumor.

Abstrak. Tumor sigmoid merupakan keganasan pada usus besar bagian distal yang sering kali membutuhkan intervensi bedah mayor seperti laparotomy. Perawat perlu memberikan asuhan keperawatan khususnya perawatan luka pada pasien post operasi laparotomy tersebut. Tujuan karya tulis ilmiah ini melakukan implementasi asuhan keperawatan yang tepat dan komprehensif pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan post operasi laparotomy tumor sigmoid di Ruang Anggrek RSUD Banyumas. Metode Penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif analitik dengan pendekatan study kasus pada pasien post operasi laparotomy tumor Sigmoid yang diberikan implementasi perawatan luka post operasi dan perawatan colostomy. Hasil intervensi yang diberikan meliputi teknik non-farmakologis relaksasi napas dalam serta kolaborasi analgesik untuk mengatasi nyeri, perawatan luka dan stoma untuk mencegah infeksi, serta dukungan mobilisasi dini. Evaluasi selama 2 x 24 jam menunjukkan perbaikan kondisi pasien yang signifikan, ditandai dengan penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 3, demam dan bengkak luka teratasi, peningkatan kekuatan otot dari skala 2 menjadi 3, serta kemampuan mobilisasi yang membaik. Kesimpulannya, kombinasi intervensi keperawatan farmakologis dan non-farmakologis terbukti efektif mempercepat proses pemulihan pasien post operasi laparotomi tumor sigmoid.

Kata kunci: asuhan keperawatan; laparotomi; mobilitas; nyeri; tumor sigmoid.

1. LATAR BELAKANG

Tumor kolon sigmoid adalah kanker usus besar yang menyerang bagian kolon sigmoid, yaitu bagian terakhir kolon sebelum sisa pencernaan masuk ke rektum. Tumor kolon sigmoid dapat terjadi akibat gangguan proliferasi sel epitel yang tidak terkendali. Tumor kolon sigmoid dapat berupa tumor jinak atau ganas. Tumor jinak dapat berupa polip, sedangkan tumor ganas adalah bentuk ganas dari tumor sigmoid. Tumor pada bagian sigmoid (kolon bagian bawah) sering kali menimbulkan keluhan lebih cepat dibandingkan bagian kolon lainnya karena area ini lebih sempit. Gejala muncul seperti perubahan kebiasaan buang air besar (diare/sembelit kronis), darah pada tinja, nyeri perut/kram, bentuk tinja mengecil (seperti pensil), penurunan berat badan drastis, hingga perasaan BAB tidak tuntas karena tumor menyumbat atau mengiritasi usus bagian bawah (Tsukada & Ito, 2022).

Secara umum perkembangan tumor colon terdapat berbagai faktor yang berkaitan dengan peningkatan risiko yaitu faktor umur, diabetes tipe 2, asupan makanan, kurang aktivitas fisik, obesitas, merokok dan konsumsi alkohol. Faktor asupan makan yang saat ini paling banyak mendapat perhatian adalah rendahnya kandungan serat sayuran yang tidak dapat diserap dan tingginya kandungan lemak dari daging (Robbins, 2022).

Global Cancer Observatory menjelaskan bagaimana kanker usus besar menyumbang 1,8 juta (10%) dari semua kasus kanker pada tahun 2020, menempatkannya di urutan ketiga secara global. Dengan 30.017 kejadian (8,6%), kanker usus besar merupakan penyakit paling umum kedua di kalangan pria di Indonesia (Globocan, 2020).

Di Indonesia, 34.189 kasus baru dan 17.786 kematian pada tahun yang sama, kanker kolorektal menempati peringkat keempat setelah kanker paru-paru, payudara dan serviks. Dengan 21.764 kasus pada pria dan 12.425 kasus pada wanita pada tahun 2020, kanker kolorektal lebih umum terjadi pada pria daripada wanita (WHO Cancer Incident in Indonesia. Int Agency Res Cancer; 2020).

Berdasarkan prevalensi kanker Jawa Tengah tercatat sebagai salah satu provinsi dengan prevalensi kanker yang cukup tinggi. Data menyebutkan prevalensi kanker (Semua jenis, termasuk kolorektal/Sigmoid) di Jawa Tengah mencapai 0,21%, berada di bawah DIY (0,41%) namun menunjukkan angka kasus yang signifikan di wilayah tersebut (Riskesdas, 2018).

Tingginya angka kejadian tumor sigmoid di Kabupaten Banyumas juga dipengaruhi oleh faktor transformasi gaya hidup masyarakat lokal. Urbanisasi dan perubahan pola konsumsi masyarakat di wilayah perkotaan maupun sub-urban Banyumas yang kini lebih banyak terpapar makanan cepat saji serta rendahnya konsumsi serat harian menjadi faktor risiko yang nyata. Selain itu, karakteristik demografi Kabupaten Banyumas yang memiliki proporsi penduduk usia dewasa tua yang cukup besar turut berkontribusi pada tingginya angka keganasan, mengingat risiko tumor sigmoid meningkat seiring bertambahnya usia. Fenomena klinis yang sering ditemukan di lapangan adalah pasien

datang dalam kondisi stadium lanjut dengan keluhan obstruksi usus total, yang menandakan bahwa kesadaran akan deteksi dini di wilayah Banyumas masih menjadi tantangan besar dalam pelayanan kesehatan primer (Dinkes Banyumas, 2025).

Berdasarkan data laporan kinerja dan rekam medik RSUD Banyumas, angka kejadian Tumor Sigmoid menunjukkan peningkatan yang progresif dalam empat tahun terakhir. Pada tahun 2023 tercatat sebanyak 1 kasus yang ditangani, kemudian bertambah 1 kasus pada tahun 2024, kenaikan ini berlanjut secara signifikan pada periode tahun 2025 hingga saat ini tahun 2026 bertambah 7 kasus, trend kasus keganasan sistem pencernaan khususnya Tumor Sigmoid menunjukkan statistik yang memerlukan perhatian intensif dari tim kesehatan. Secara akumulatif, tercatat sebanyak 9 pasien telah mendapatkan diagnosis medis Tumor Sigmoid dan menjalani prosedur pembedahan mayor di lingkungan rumah sakit tersebut selama periode berjalan. Dari keseluruhan total populasi pasien tersebut, tercatat sebanyak 4 pasien (lebih dari 50%) menjalani proses perawatan pemulihan pasca operasi secara spesifik di Ruang Anggrek yang merupakan unit perawatan bedah unggulan (Rekam Medik RSUD Banyumas, 2026). Pasien yang telah menjalani laparotomi mungkin mengalami komplikasi seperti gangguan integritas kulit, gangguan perfusi jaringan dengan tromboflebitis dan masalah perawatan nyeri yang menyulitkan pasien untuk melakukan tugas-tugas rumah tangga sendiri (Faizal & Mulya, 2020).

Pembedahan kini merupakan pengobatan paling berhasil untuk tumor usus besar. Reseksi paliatif harus digunakan untuk operasi yang tidak memungkinkan reseksi radikal karena pengobatan lain untuk kanker kolorektal kurang berhasil. Laparotomi dan kolostomi diperlukan untuk eksisi bedah kanker usus besar dan rektum (Yanti, 2024).

Menurut World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa kasus pembedahan adalah masalah kesehatan yang terjadi kalangan masyarakat dibuktikan dengan jumlah operasi laparotomi di seluruh dunia telah meningkat sebesar 10%. Pada tahun 2017, terdapat 90 juta pasien laparotomi di rumah sakit di seluruh dunia dan pada tahun 2018, jumlah ini meningkat menjadi 98 juta pasien pasca operasi laparotomi. Di Indonesia, laparotomi menempati peringkat ke-5 pada tahun 2018, dengan total 1,2 juta operasi yang dilakukan, di mana diperkirakan 42% di antaranya adalah laparotomi (Butar-Butar & Mendrofa, 2023).

Pasien yang menjalani operasi dengan adanya luka di perut harus dirawat dengan baik untuk mencegah kemungkinan terjadinya infeksi. Seringkalip pasien membatasi gerakan tubuhnya disebabkan adanya luka bekas operasi sehingga menghambat proses penyembuhan luka. Oleh sebab itu, dalam membantu jalannya penyembuhan luka post laparotomi disarankan agar melakukan mobilisasi sejak dini, tetapi kadang sulit untuk melakukan mobilisasi karena merasa letih dan sakit. Pasien yang menjalani laparotomi mengalami rasa sakit yang membatasi kemampuan mereka untuk melakukan tugas sehari-hari (Butar-Butar & Mendrofa, 2023).

Mobilisasi dini merupakan komponen kunci dari terapi non-farmakologis untuk masalah mobilitas. Jika pasien pasca operasi tidak segera bergerak, mereka mungkin mengalami sejumlah masalah, termasuk kekakuan otot dan sirkulasi darah yang buruk, yang dapat mengakibatkan nyeri terus-menerus, pusing, mual, muntah, hipotermia, retensi urin, melemahnya peristaltik usus, sakit tenggorokan, batuk dan bahkan kesulitan buang air besar (Mutiara, 2024).

Mobilisasi dini memberikan manfaat untuk melancarkan aliran darah sehingga proses penyembuhan luka dapat berjalan dengan baik dan komplikasi dapat dicegah. Mobilisasi meningkatkan aliran nutrisi ke area luka dan sistem pencernaan, mengurangi nyeri dan mencegah terbentuknya tromboflebitis. Mobilisasi jika tidak dilakukan, maka dapat menimbulkan komplikasi seperti sirkulasi, dekubitus, tromboflebitis dan lain-lain. Sehingga mobilisasi sangatlah penting untuk dilakukan pasca laparotomi (Fadlilah, et al., 2021).

Perawat memiliki peran sebagai pemberi Asuhan keperawatan, advokat, Pendidik (edukator) yaitu memberikan penyuluhan agar pasien kenal tentang tumor colon sigmoid dan melakukan pola hidup sehat, koordinator, perawat sebagai kolaborator berperan melakukan perawatan pada pasien agar tidak terjadi komplikasi serta berkolaborasi dengan dokter dalam memberikan obat-obatan, konsultan, pengelola (manajer) dan peneliti dalam pengembangan ilmu keperawatan. Berdasarkan itu perawat harus mampu melakukan asuhan keperawatan yang benar pada pasien, untuk mengatasi nyeri yang dirasakan oleh pasien pasca operasi laparotomi. Upaya yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi nyeri yaitu melalui tindakan farmakologi dan nonfarmakologi (Rahmayati et al., 2022).

2. KAJIAN TEORITIS

Tumor sigmoid merupakan pertumbuhan massa abnormal atau neoplasma yang terjadi pada kolon sigmoid, yaitu bagian usus besar yang menghubungkan kolon desendens dengan rektum. Sebagian besar tumor sigmoid merupakan adenokarsinoma yang berkembang dari polip adenomatosa akibat akumulasi mutasi genetik secara bertahap pada sel epitel kolon (Zannah et al., 2021). Lokasi kolon sigmoid yang berbentuk menyerupai huruf S menyebabkan transit feses berlangsung lebih lambat sehingga meningkatkan risiko terjadinya obstruksi usus dan perkembangan keganasan (Khalishah et al., 2025). Kanker kolorektal merupakan penyakit yang ditandai oleh proliferasi sel abnormal yang tidak terkendali pada kolon atau rektum dan dapat menyebar ke jaringan maupun organ lain melalui proses metastasis (Sanjaya et al., 2023). Secara patofisiologis, tumor bermula dari polip jinak yang mengalami transformasi menjadi ganas, kemudian menginvasi jaringan sekitar, menyebar melalui sistem limfatik maupun hematogen dan pada stadium lanjut dapat menyebabkan obstruksi usus, perforasi, serta gangguan fungsi organ lain (Mardalena, 2014).

Manifestasi klinis yang sering ditemukan pada pasien tumor sigmoid meliputi perubahan pola defekasi berupa diare atau konstipasi, perut terasa penuh atau begah,

adanya darah pada feses, perubahan bentuk feses menjadi lebih kecil atau menyerupai pensil, nyeri perut, kram, kembung, penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas, kelelahan akibat anemia, serta mual dan muntah terutama jika telah terjadi obstruksi usus (American Cancer Society, 2020). Penatalaksanaan tumor sigmoid dilakukan secara komprehensif meliputi terapi medis, pembedahan, keperawatan dan pengaturan diet (Diyono & Mulyanti, 2020). Penatalaksanaan medis dapat berupa pemberian cairan intravena, transfusi darah bila terjadi perdarahan, kemoterapi, radioterapi, maupun imunoterapi (Diyono & Mulyanti, 2020). Tindakan pembedahan merupakan terapi utama yang bertujuan mengangkat massa tumor dan dapat disertai pembuatan kolostomi apabila diperlukan (Diyono & Mulyanti, 2020). Selain itu, perawatan keperawatan berfokus pada peningkatan kenyamanan, mempertahankan fungsi fisiologis, mencegah komplikasi, serta memberikan edukasi terkait penyakit dan pengobatan (Diyono & Mulyanti, 2020). Pada pasien pasca operasi laparotomi, asuhan keperawatan dilakukan melalui pengkajian menyeluruh untuk mengidentifikasi masalah seperti nyeri akut, risiko infeksi, gangguan mobilitas fisik dan gangguan integritas jaringan sehingga intervensi yang diberikan dapat membantu mempercepat proses pemulihan pasien (SDKI, 2017).

3. METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam Studi Kasus ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus melalui penerapan proses keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, implementasi, serta evaluasi keperawatan. Pendekatan ini digunakan untuk memberikan gambaran secara nyata dan mendalam mengenai kondisi pasien dengan tumor sigmoid pasca operasi laparotomi. Pengumpulan data dilakukan secara komprehensif melalui anamnesis atau wawancara terapeutik dengan pasien dan keluarga, observasi terhadap kondisi klinis dan respons pasien, pemeriksaan fisik secara sistematis, serta studi dokumentasi berupa telaah rekam medis, hasil pemeriksaan penunjang dan catatan perkembangan pasien. Seluruh proses pengumpulan data dilakukan selama penulis memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien guna memperoleh data yang akurat sebagai dasar dalam penyusunan dan pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis menguraikan mengenai ada tidaknya kesenjangan antara teori dengan hasil tinjauan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.I dengan diagnosis medis post operasi laparotomi eksplorasi tumor sigmoid di Ruang Anggrek RSUD Banyumas, asuhan keperawatan dikelola pada tanggal 02 sampai 03 Februari 2026. Pasien masuk melalui Poli Bedah pada 14 Januari 2026 untuk pemeriksaan lebih lanjut karena kondisinya menurun setelah operasi ambeyen. Setelah observasi mendalam di ruang anggrek selama 4 hari, pasien didiagnosis menderita penyakit tumor pada usus akhir/usus besarnya dan menjalani operasi pengangkatan pada 18 Januari 2026. Pasca-operasi, kondisi pasien tidak stabil sehingga memerlukan perawatan di ICU selama 3 hari, sempat

dipindahkan ke ruang perawatan (Anggrek), namun pasien kembali mengalami penurunan kondisi yang mengharuskan observasi intensif kembali di ICU selama 4 hari. Saat ini, kondisi pasien telah stabil dan kembali dalam masa pemulihan di Ruang Anggrek.

Pasien pindah dari ICU ke Ruang Anggrek tanggal 26 Januari 2026 pada pukul 08.00 WIB dalam kondisi sadar. Pada area abdomen terdapat luka operasi sepanjang ± 15 cm yang tertutup kassa. Terdapat satu buah drain diperut kuadran kanan dengan cairan merah muda encer ± 30 cc. Pasien mengeluh nyeri di area luka operasi dibagian perut bagian tengah (Abdomen regio umbilikal) dan terasa perih, luka tampak kemerahan dan bengkak, pasien mengatakan badan terasa demam. Pasien belum mampu miring kanan kiri, pasien mengatakan nyeri seperti ditarik-tarik, nyeri bertambah saat bergerak atau mencoba miring kanan kiri tetapi belum mampu. Pasien tampak meringis kesakitan akibat nyeri yang timbul, nyeri terasa terus-menerus, pasien tampak gelisah dan kesulitan untuk tidur, pasien bersikap protektif (tangan menjaga area luka). Pasien mengatakan badan terasa lemah dan sulit digerakkan, ketika digerakkan akan terasa nyeri, ketika coba untuk digerakkan sendi terasa kaku karena sudah lama tidak banyak bergerak dan berbaring terus ditempat tidur. Pasien mengatakan kotoran sudah keluar dan tertampung dikantong colostomy, pasien mengatakan masih merasa aneh dan belum terbiasa dengan cara BAB yang baru. Pasien tampak terdapat stoma colostomy di abdomen kuadran kanan, lubang anus tidak berfungsi (defekasi dialihkan). Penulis memberikan asuhan keperawatan yang mencakup aspek antara lain pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Pengkajian

Hasil yang didapat penulis setelah melakukan pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 02 Februari 2026 14:30:50 WIB di Ruang Anggrek RSUD Banyumas didapatkan data pasien dengan nama Tn.I, jenis kelamin laki-laki, tempat tanggal lahir Wonosobo, 08 Mei 1961, berusia 64 tahun, status sudah menikah, beragama Islam, suku bangsa Jawa Indonesia, Pendidikan tamat SD dan alamat Ratajalak RT 07, RT 04. Desa/Kel. Wonosroyo, Kecamatan Watumalang, Kabupaten Wonosobo.

Didapatkan data subjektif : pasien telah dilakukan operasi pada hari Minggu, 18 Januari 2026, pasien mengeluh nyeri di area luka operasi dibagian perut bagian tengah (Abdomen regio umbilikal) dan terasa perih. Pasien belum mampu bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti ditarik-tarik, nyeri bertambah saat bergerak atau mencoba miring kanan kiri tetapi belum mampu. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan sulit digerakkan, ketika digerakkan akan terasa nyeri, ketika coba untuk digerakkan, sendi terasa kaku karena sudah lama tidak banyak bergerak dan berbaring terus ditempat tidur selama masa perawatan.

Didapatkan data objektif : Pasien tampak meringis kesakitan akibat nyeri yang timbul, nyeri terasa terus-menerus, pasien tampak gelisah dan kesulitan untuk tidur, pasien bersikap protektif (tangan menjaga area luka). Pada area abdomen terdapat luka operasi sepanjang ± 15 cm yang tertutup kassa, kondisi luka tampak kemerahan dan bengkak, pasien mengatakan badan terasa demam. Terdapat satu buah drain diperut kuadran kanan dengan cairan merah muda encer ± 30 cc. Tanda-tanda vital : TD : 160/100 mmHg, N: 115x/menit, S : 37,8°C, Rr : 22x/Menit, BB : 55 Kg, TB : 160 cm.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Senin, 02 Februari 2026 di Ruang Anggrek RSUD Banyumas pada Tn.I diperoleh hasil bahwa penulis menemukan 3 diagnosis atau masalah keperawatan yang muncul yaitu sebagai berikut :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).
- 2) Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek procedure invasive (D.0142).
- 3) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054).

Intervensi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis menyusun intervensi sesuai dengan diagnosis yang telah ditegakkan, yaitu antara lain:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).

Penulisan menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) yaitu manajemen nyeri (1.08238): Identifikasi skala nyeri, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam ajarkan teknik non-farmakologis, menjelaskan strategi meredakan nyeri, serta kolaborasi pemberian analgetik (SLKI, 2019).

- 2) Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek procedure invasive (D.0142).

Penulis menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (I.14539) : Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema (Perawatan luka operasi), berikan perawatan kulit pada area edema (Perawatan colostomy), cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka.

- 3) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054).

Penulis menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi yaitu dukungan mobilisasi (I.05173) : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien

dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (empat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (SIKI, 2019).

Implementasi Keperawatan

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).

Pada hari pertama pelaksanaan asuhan, penulis melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif untuk mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengajarkan dan memberikan contoh teknik non farmakologis (teknik relaksasi napas dalam) dan mengkolaborasikan pemberian analgetic melalui intravena (ketorolac 30 mg). Hasil pengkajian repon pasien menunjukkan keluhan nyeri pada area luka operasi pada bagian perut tengah (regio umbilicus) dengan skala 6, yang dideskripsikan seperti sensasi ditusuk-tusuk dan dirasakan secara terus-menerus. Merespons kondisi tersebut, penulis menerapkan strategi meredakan nyeri melalui kombinasi intervensi manajemen nyeri. Penulis memberikan teknik non-farmakologis berupa teknik relaksasi napas dalam untuk membantu pasien mengontrol persepsi nyerinya secara mandiri. Selain itu, penulis melakukan kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac 30 mg melalui intravena sesuai dengan instruksi medis untuk menghentikan reseptor nyeri secara farmakologis, respon klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4 seperti disayat-sayat dan nyeri hilang timbul.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari et.,al (2023), yang berjudul "Efektivitas Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Abdomen", menunjukkan bahwa implementasi yang dilakukan yaitu dengan memberikan teknik non farmakologi dengan relaksasi napas dalam dan mampu mengurangi rasa nyeri dari skala 6 menjadi skala 3 mampu mengurangi tingkat nyeri pasien. Hal ini serupa dengan tindakan yang penulis lakukan pada Tn. I, dimana pemberian teknik relaksasi napas dalam mampu menurunkan skala nyeri pasien dan memberikan rasa nyaman.

2) Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek procedure invasive (D.0142).

Fokus utama pada hari pertama adalah memantau tanda-tanda infeksi dan memberikan perawatan dasar pada luka. Saat dilakukan pengkajian, respon pasien mengatakan nyeri luka operasi dibagian perut bagian tengah (Abdomen regio umbilikal). Terdapat luka jahitan sepanjang ± 15 cm. Luka tampak kemerahan dan bengkak, pasien mengatakan badan terasa demam rasa perih pada area jahitan dan merasa badannya demam. Tindakan dilanjutkan dengan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien kemudian membersihkan luka operasi menggunakan cairan NaCl 0,9%. Saat prosedur berlangsung, pasien tampak meringis menahan sakit, namun ia tetap kooperatif agar tindakan cepat selesai. Selain itu, dilakukan juga penggantian kantong colostomy yang sudah kotor. Setelah diganti, pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan segar karena area perutnya kembali bersih. Di akhir

tindakan, suhu tubuh pasien dipantau kembali untuk memastikan kondisi demamnya mulai stabil.

Pada hari kedua, fokus beralih pada evaluasi kondisi luka dan pemberian edukasi. Saat diperiksa kembali, pasien mengatakan bahwa nyeri di perutnya sudah jauh berkurang dan badannya sudah terasa lebih ringan. Sambil melakukan perawatan rutin, diberikan penjelasan mengenai tanda-tanda infeksi yang harus diwaspadai, seperti kemerahan atau adanya bengkak. Pasien mendengarkan dengan penuh perhatian dan sempat bertanya tentang pantangan makanan agar lukanya cepat kering. Selain itu, diajarkan juga cara menjaga area sekitar luka agar tetap bersih. Pasien menyatakan sudah mulai paham dan berusaha akan lebih berhati-hati saat bergerak agar tidak mengganggu jahitan luka tersebut.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2021), yang berjudul "Pengaruh Edukasi Perawatan Luka terhadap Kepatuhan Pasien Post Operasi". Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa pemberian edukasi mengenai tanda-tanda infeksi (seperti kemerahan, bengkak, dan panas) serta cara menjaga kebersihan luka secara mandiri dapat meningkatkan kewaspadaan pasien. Pasien yang memahami tanda infeksi cenderung lebih kooperatif dalam melakukan mobilisasi dan menjaga asupan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

3) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054).

Pada hari pertama, fokus utama adalah menilai kesiapan fisik pasien sebelum memulai pergerakan ringan. Langkah awal dimulai dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada area bekas operasi; pasien mengeluhkan rasa kaku di perut dan khawatir jahitan akan terbuka jika ia bergerak. Setelah itu, dilakukan pengecekan frekuensi nadi dan tekanan darah untuk memastikan kondisi pasien stabil. Pasien terlihat agak tegang saat diperiksa, namun tekanan darahnya masih dalam batas normal. Selanjutnya, dilakukan kolaborasi dengan tim fisioterapi untuk menentukan batas aman pergerakan di tempat tidur. Bersama tim fisioterapi, tujuan mobilisasi dijelaskan agar pasien tidak cemas. Pasien mengangguk paham dan merasa lebih tenang karena didampingi tenaga ahli. Keluarga pun dilibatkan untuk membantu memposisikan tubuh pasien. Tindakan diakhiri dengan mengajarkan latihan miring kanan dan miring kiri; pasien sempat meringis saat mencoba miring, tetapi merasa lega setelah berhasil mengubah posisi.

Memasuki hari kedua, fokus bergeser pada peningkatan kemampuan posisi duduk di atas tempat tidur. Dimulai dengan mengevaluasi kembali tingkat nyeri dan kemampuan bergerak pasien dari hari sebelumnya; pasien mengatakan rasa kaku mulai berkurang dan sudah tidak terlalu takut untuk miring kanan-kiri. Tanda-tanda vital tetap dimonitor ketat sebelum memulai latihan. Pasien menunjukkan respon jantung yang stabil dan tidak ada keluhan pusing. Berdasarkan saran dari tim fisioterapi, pasien kemudian diajarkan untuk duduk di atas tempat tidur, mulai dari posisi setengah duduk (semifowler) hingga duduk

tegak tanpa sandaran. Selama latihan duduk, pasien tampak fokus mengatur napas dan mengikuti instruksi dengan baik, meski gerakannya masih sangat hati-hati. Di akhir sesi, kondisi umum dievaluasi kembali bersama tim fisioterapi untuk rencana latihan hari berikutnya dan pasien menyatakan merasa lebih segar karena tidak hanya berbaring saja, serta rasa mualnya tidak muncul saat duduk.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hidayat, 2021), yang berjudul "Pengaruh Edukasi Perawatan Luka terhadap Kepatuhan Pasien Post Operasi". Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa pemberian edukasi mengenai tanda-tanda infeksi (seperti kemerahan, bengkak dan panas) serta cara menjaga kebersihan luka secara mandiri dapat meningkatkan kewaspadaan pasien. Pasien yang memahami tanda infeksi cenderung lebih kooperatif dalam melakukan mobilisasi dan menjaga asupan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

Evaluasi Keperawatan

Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan pada Tn.I di ruang anggrek RSUD Banyumas dengan post operasi laparatomi tumor sigmoid dari tanggal 02 Februari 2026 sampai 03 Februari 2026 didapatkan evaluasi sebagai berikut :

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).

Setelah dilakukan beberapa tindakan keperawatan seperti indikasi nyeri, teknik mengurangi nyeri dengan non-farmakologi, berkolaborasi pemberian analgetik. Evaluasi pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) yang dilakukan pada tanggal 03 februari 2026 penulis menemukan data subjektif dan data objektif yaitu: klien mengatakan nyeri pada luka post operasi sudah berkurang, nyeri pada saat bergerak(miring kanan/kiri), rasa nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 3, nyeri hilang timbul dan pasien tampak tenang.

2) Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek procedure invasive (D.0142).

Evalusi yang dilakukan pada diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive pada tanggal 03 Februari 2026, peneliti menemukan data subjektif : pasien mengatakan lukanya terasa sudah tidak perih dan badan sudah tidak demam dan merasa lebih baik. Data objektif : kemerahan pada luka sudah berkurang dan sudah tidak teralu bengkak, luka tampak bersih.

3) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054).

Evaluasi yang dilakukan pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi yang dilakukan pada tanggal 03 Februari 2026, penulis menemukan data subjektif dan objektif yaitu pasien mengatakan rasa kaku mulai berkurang, sudah tidak takut miring kanan-kiri, merasa lebih segar, serta tidak merasa pusing maupun mual saat duduk dan pasien tampak mampu melakukan posisi duduk semifowler hingga duduk tegak tanpa sandaran, tampak fokus mengatur napas mengikuti instruksi dengan hati-hati, respon jantung stabil dan pasien tampak lebih rileks serta kooperatif saat melakukan latihan bersama tim fisioterapi.

5. KESIMPULAN

Kesimpulan

1) Pengkajian

Pengkajian data yang dilakukan pada Tn.I telah sesuai dengan teori, pengkajian dilakukan untuk menegakkan diagnosis. Data pengkajian muncul pada pasien dengan post operasi adalah pasien mengeluh nyeri di area luka operasi dibagian perut bagian tengah (Abdomen regio umbilikalisis) dan terasa perih, luka tampak kemerahan dan bengkak, pasien mengatakan badan terasa demam, nyeri dengan skala 6 seperti ditarik-tarik dan nyeri timbul secara terus-menerus. Hasil pengamatan pengkaji yaitu pada area perut tengah (Abdomen regio umbilikalisis) terdapat luka operasi sepanjang ± 15 cm yang tertutup kassa. Terdapat satu buah drain diperut kuadran kanan dengan cairan merah muda encer ± 30 cc. Hasil tanda-tanda vital menunjukkan TD : 160/100 mmHg, N : 115x/menit, S : 37,5°C, Rr : 22x/menit, pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien tampak gelisah dan kesulitan untuk tidur, pasien bersikap protektif (tangan menjaga area luka), kekuatan otot 2, pasien mengatakan badan terasa lemah dan sulit digerakan, ketika digerakkan akan terasa nyeri, ketika coba untuk digerakkan sendi terasa kaku karena sudah lama tidak banyak bergerak dan berbaring terus ditempat tidur selama masa perawatan, gerakan pasien terbatas, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada Tn.I antara lain : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077), Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek procedure invasive (D.0142), Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054).

3) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diangkat pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan operasi) (D.0077). Intervensi utama manajemen nyeri (I.08238) diantaranya identifikasi skala nyeri, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam). ajarkan teknik non-farmakologis, menjelaskan strategi meredakan nyeri, serta kolaborasi pemberian analgetic. Intervensi utama risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (D.0142) intervensi utama pencegahan infeksi (I.14539) diantaranya monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema (Perawatan luka operasi), berikan perawatan kulit pada area edema (Perawatan colostomy), cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka. Sedangkan intervensi yang diangkat pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054) Dukungan mobilisasi (I. 05173) diantaranya identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien

dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (empat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn.I pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077) antara lain mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam). mengajarkan teknik non-farmakologis, menjelaskan strategi meredakan nyeri, serta berkolaborasi pemberian analgetic. Intervensi risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (D.0142) antara lain memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, memberikan perawatan kulit pada area edema (Perawatan luka operasi), memberikan perawatan kulit pada area edema (Perawatan colostomy), mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka, sedangkan intervensi yang diangkat pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054) yaitu midentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, midentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

5) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang penulis lakukan pada 3 diagnosis semua teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu : Untuk diagnosis nyeri akut skala nyeri menurun menjadi skala 3, risiko infeksi dibuktikan dengan efek procedure invasive yaitu kondisi kemerahan pada luka sudah berkurang dan sudah tidak teralu bengkak, merasa lebih nyaman dan segar karena area perutnya kembali bersih, diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054) yaitu pasien mengatakan sudah melakukan mobilisasi dini dan sudah melakukan pergerakan.

DAFTAR REFERENSI

- American Cancer Society. (2020). *Colorectal Cancer Signs, Symptoms, and Pathophysiology*. Atlanta: American Cancer Society Operations.
- Butar-Butar & Mendrofa, (2023). Hubungan Mobilisasi Dini dengan Kecepatan Penyembuhan Luka Post Operasi Laparatomi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*, 6(2), 45-53.
- Dinarti & Muryanti, (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas. (2025). *Profil Kesehatan Kabupaten Banyumas*

- Tahun 2024: Tren Keganasan Sistem Pencernaan dan Gaya Hidup. Purwokerto: Dinkes Banyumas.
- Diyono, & Mulyanti, (2020). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan dan Penatalaksanaan Kanker. Jakarta: Kencana.
- Fadlilah, et al., 2021. Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Laparatomi. Jurnal Kesehatan Mesencephalon, 7(1).
- Faizal & Mulya, (2020). Analisis Komplikasi Pasca Laparatomi pada Pasien Keganasan di Unit Bedah. Jurnal Bedah Indonesia, 8(3).
- Globocan. (2020). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
- Khalishah et al., (2025). Analisis Risiko Perforasi Usus dan Peritonitis pada Obstruksi Tumor Sigmoid: Sebuah Tinjauan Klinis. Jurnal Bedah dan Gastroenterologi Indonesia, 12(1).
- Mardalena, (2014). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Mustamu et al., (2023). Etika, Moralitas, dan Penerapan Keterampilan Klinis dalam Implementasi Keperawatan. Sorong: Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Papua.
- Mutiara et al., (2024). Efektivitas Terapi Non-Farmakologi terhadap Gangguan Mobilitas Fisik Pasca Operasi. Jurnal Riset Keperawatan, 10(2).
- Nursalam, (2020). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis (Edisi 5). Jakarta: Salemba Medika.
- Prastiwi et al., (2023). Konsep Asuhan Keperawatan dan Implementasi pada Pasien Kanker Kolorektal. Jurnal Keperawatan Terpadu.
- Rahmayati et al., (2022). Peran Perawat Sebagai Edukator dalam Manajemen Nyeri Pasca Operasi Kanker Kolon. Jurnal Pendidikan Keperawatan, 14(1).
- RSUD Banyumas. (2026). Data Laporan Kinerja dan Rekam Medik Ruang Anggrek Periode 2023-2026. Banyumas: Unit Rekam Medik RSUD Banyumas. (Laporan Internal).
- Robbins, 2022). Faktor Risiko dan Patofisiologi Perkembangan Tumor Kolon pada Lansia: Tinjauan Klinis. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan
- Sanjaya et al., (2023). Mekanisme Mutasi Genetik Sel Epitel dan Jalur Metastasis pada Kanker Kolorektal. Jurnal Onkologi Indonesia, 4(3).
- Sanjaya, & Putri, (2023). Penggunaan Metode PQRST dalam Pengkajian Nyeri Akut Pasien Post Operasi. Jurnal Dokumentasi Keperawatan, 4(2), 89-96.

- Sari & Pratama, (2023). Patofisiologi Nyeri Pasca Bedah Laparatomi: Peran Nosiseptor dan Mediator Kimia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tsukada & Ito, (2022). Clinical Manifestations and Diagnostic Challenges in Sigmoid Colon Cancer. *Journal of Colorectal Surgery*, 15(4), 210-218.
- WHO. (2020). Cancer Incident in Indonesia. International Agency for Research on Cancer (IARC).
- Wijaya Andra Saferi, (2013). *Keperawatan Medikal Bedah: Teori dan Contoh Askep Berdasarkan Masalah Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yanti, (2024). Penatalaksanaan Bedah dan Reseksi Paliatif pada Kanker Kolorektal. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 11(2).
- Zannah et al., (2021). Karakteristik Histopatologi Adenokarsinoma pada Pasien Kanker Kolorektal di Rumah Sakit Pusat. *Majalah Patologi Indonesia*, 30(2).