

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Kanker usus besar atau kanker anus adalah kanker yang tumbuh bermula di rectum atau daerah yang disebut usus besar atau rectum. Kanker merupakan salah satu penyakit yang memberikan ancaman serius bagi penderitanya. Kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai berbagai aspek penyakit kanker, seperti faktor risiko, gejala, metode deteksi dini, dan pilihan pengobatan yang sebaiknya dilakukan, menjadikan kanker sebagai penyakit dengan jumlah kematian dan kasus yang terus meningkat setiap tahunnya.

Kanker rektal merupakan salah satu dari penyakit usus dan jumlahnya terus meningkat setiap tahunnya.. Kanker rektal adalah kanker yang tumbuh dan bermula di rectum atau usus besar, yang lebih dikenal atau tergantung dari asal tumornya. Kanker usus besar dan kanker rectum sering dikelompokkan karena memiliki banyak kesamaan karakteristik. Kanker rectum merupakan penyakit klinis yang menimbulkan beban signifikan bagi masyarakat global dan menjadi subjek penelitian intensif oleh para peneliti dan pakar dibidang medis. Kanker rectum merupakan kanker usus besar kedua yang paling umum dengan angka 28% dengan kasus setelah kanker usus proksimal dengan angka 48%.

Gejala awal penderita kanker usus besar diawali dengan adanya benjolan atau polip adenoma, dan dengan pola hidup dan pola makan yang

tidak teratur. Jenis polip adenoma yang paling umum muncul dari sel kelenjar yang

menghasilkan lender yang melumasi usus besar dan rectum. tanpa pengobatan yang tepat, adenoma dapat berisiko berubah menjadi kanker.

Kanker yang tumbuh pada dinding bagian dalam usus besar disebut adenokarsinoma. Sel kanker ini memiliki kemampuan untuk menyebar ke pembuluh darah, kelenjar getah bening, dan kelenjar lain. Umumnya perkembangan kanker kolorektal merupakan akibat interaksi antara faktor lingkungan dan genetic (Zainal, 2024).

B. Proses terjadinya masalah

1. Presipitasi dan predisposisi

a. Faktor presipitasi (faktor pencetus)

Kanker kolorektal merupakan penyebab utama kematian pada pria dan wanita, kanker kolorektal biasanya menyerang orang dewasa yang berusia di atas 50 tahun. Faktor – faktor yang tidak dapat diubah termasuk usia, Riwayat pribadi dengan kanker usus besar atau Riwayat keluarga dengan penyakit radang usus kronis (Zannah et al., 2021).

b. Faktor predisposisi (faktor pendukung)

Beberapa faktor risiko/faktor predisposisi terjadinya kanker rectum menurut (Sabila, 2020) sebagai berikut:

1) Diet Rendah Serat

Kebiasaan diet rendah serat adalah faktor penyebab utama, mengemukakan bahwa diet rendah serat dan kaya karbohidrat refined mengakibatkan perubahan pada flora feses dan perubahan

degradasi garam-garam empedu atau hasil pemecahan protein dan lemak, dimana sebagian dari zat-zat ini bersifat karsinogenik. Diet rendah serat juga menyebabkan pemekatan zat yang berpotensi karsinogenik dalam feses yang bervolume lebih kecil. Selain itu masa transisi feses meningkat, akibat kontak zat yang berpotensi karsinogenik dengan mukosa usus bertambah lama.

2) Lemak

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

3) Polip (colorectal polip)

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

4) Inflammatory Bowel Disease

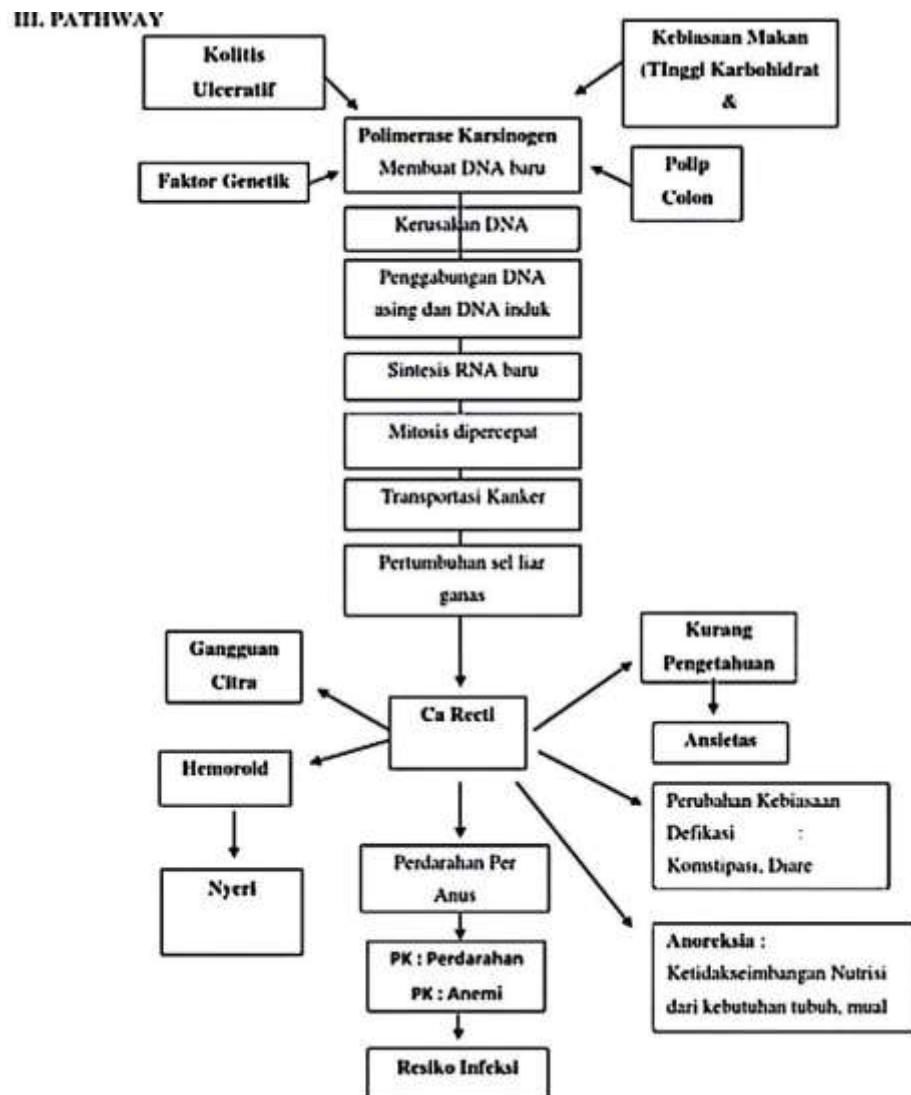
Orang dengan kondisi yang menyebabkan peradangan pada rectum (misalnya colitis ulcerativa) selama bertahun-tahun memiliki risiko yang lebih besar.

5) Gaya Hidup

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

2. Patofisiologi

Kebanyakan kanker kolorektal adalah adenokarsinoma (95%) yang muncul dari lapisan epitel (sel pada bagian terluar organ) usus. Diawali dengan timbulnya polip jinak yang dapat berubah menjadi ganas, menyusup dan menginvasi ke jaringan yang normal dan terjadilah metastasis ke struktur jaringan yang ada di dekatnya. Karsinoma dapat bermetastasis dari tumor primer dan meluas ke organ tubuh yang lain terutama hepar. Hampir keseluruhan kanker kolorektal awalnya adalah polip adenoma bersifat karsinoma, yang sebagian besar tumor berada di rektum dan kolon sigmoid, walaupun setiap bagian kolon dapat mengalaminya. Pertumbuhan tumor yang biasanya tidak terdeteksi menyebabkan sedikit gejala yang di rasakan oleh penderita. Pada saat gejala telah di rasakan, mungkin kanker telah bermetastasis ke lapisan yang lebih dalam pada jaringan usus dan organ lain yang ada didekatnya. Saat menyebar secara langsung kanker ini dapat melibatkan semua lapisan usus submukosa, dan dinding usus terluar. Struktur jaringan lain yang berdekatan seperti hepar, lambung, usus 12 jari, usus halus, pankreas, limfa, saluran kemih dan dinding perut dapat terlibat juga (Lemone et al., 2016).



Gambar 1. Pathway

3. Manifestasi klinis

Kanker kolorektal memiliki manifestasi klinis yang tidak spesifik dan sangat bervariasi, tergantung pada lokasi penyebaran kanker usus besar tersebut. Pada penyakit kanker kolorektal sendiri memiliki tanda berupa berat badan menurun, terdapat darah dalam feses, konstipasi, mual dan muntah. Maka dari itu dapat timbul manifestasi klinis pada pasien

berupa gangguan pola buang air besar, sering terdapat darah pada mucus maupun feses, ketidak nyamanan pada bagian abdomen kanan, dan sering merasa lemah akibat anemia (Latifah, 2020). Tanda dan gejala dari kanker kolorektal akan dirasakan setelah pasien terdiagnosa menderita kanker kolorektal dengan pengukuran stadium.

Stadium kanker itu sendiri akan menggambarkan bagaimana kanker berada pada tingkat penyebaran didalam tubuh (Prabowo, 2019). Stadium awal pasien akan merasakan sedikit sekali gejala namun pada pasien dengan stadium lanjut terdapat tanda dan gejala yang tidak kuratif. Adapun tanda dan gejala dari neoplasma distal dimulai dari kolon desendence sampai dengan rectum yaitu berupa perubahan pola defekasi, munculnya darah pada feses yang disebabkan karena adanya perdarahan pada saluran pencernaan bagian bawah, dan muntah serta anemia juga sering dirasakan oleh pasien lengan diagnosa kanker kolorektal (Sampetoding, 2020). Menurut (Sayuti dan Nouva, 2019) tanda gejala dari kanker kolorektal diikuti oleh perubahan buang air besar di mana meliputi:

- a. Konstipasi atau diare
- b. Terdapat darah pada feses
- c. Frekuensi BAB berubah
- d. Merasakan nyeri atau kram pada abdomen
- e. Abdomen terasa kembung atau penuh
- f. Berat badan menurun tanpa signifikan

- g. Mual dan muntah
- h. Sering merasa Lelah

Hanny (2019) Mengatakan bahwa tanda dan gejala kanker kolorektal tidak begitu spesifik. Adapun gejala klinis yang sering dirasakan oleh pasien dengan tumor pada bagian kolon dekstra dapat berupa nyeri abdomen, anemia simptomatik yang menyebabkan (penurunan berat badan, pusing, beserta kelemahan), dan perdarahan. Sedangkan tumor pada bagian kolon sinistra dapat menyebabkan gejala berupa konstipasi akibat lesi ataupun obstruksi, perubahan pola defekasi akibat respons reflek serta iritasi, perdarahan, dan mengecilnya ukuran feses (Anisykurliya, 2021).

4. Pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan Adapun pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien kanker rectum adalah :

- a. Pada keadaan tumor yang lanjut pemeriksaan palpasi akan teraba massa.
- b. Colok dubur : teraba massa tumor pada karsinoma rectum rendah.
- c. Endoskopik : sigmoidoskopi (kaku atau fleksibel) dilakukan untuk mendeteksi adanya massa pada rectum
- d. Double contrast barium enema : dapat mendeteksi kebanyakan tumor kolorektal (80-95%), tetapi harus didahului oleh sigmoidoskopi fleksibel.
- e. Radiografik : CT Scan dan MRI dilakukan untuk mendeteksi kanker rectum. MRI memiliki tingkat keakuratan yang lebih daripada CT Scan

pada deteksi kanker primer, tetapi CT Scan lebih murah dan lebih banyak tersedia. Foto thorax atau CT Scan thorax untuk melihat metastase paru.

- f. Pemeriksaan Darah Rutin : Pemeriksaan hitung darah lengkap, tes fungsi hati, ginjal,elektrolit dan CEA (Carcino Embryonic Antigen)

5. Komplikasi

Menurut (LeMone et al., 2016) komplikasi utama terkait penyakit kanker kolorektal adalah:

- a. Obstruksi usus parsial/ komplit yang disebabkan oleh penyempitan lumen usus oleh lesi
- b. Dinding usus mengalami perforasi oleh tumor yang memungkinkan kontaminasi rongga perut karena isi usus
- c. Penyebaran tumor secara langsung hingga melibatkan organ yang ada di sekitarnya
- d. Ekstensi tumor dan ulserasi ke pembuluh darah di dekatnya (perforasi/lubang, abses, peritonitis, sepsis, atau syok).

6. Penatalaksanaan medis

Latifah (2020) Kanker kolorektal memiliki beberapa penatalaksanaan medis berupa:

- a. Terapi paliatif

Terapi ini bertujuan untuk menjamin kualitas hidup pasien lebih baik dengan mengatasi dan mencegah obstruksi serta menghentikan pendarahan, serta memperhatikan aspek spiritual dan psikologis.

b. Terapi kuratif

Terapi tersebut berupa tindakan pembedahan yang bertujuan untuk mempermudah saluran pencernaan di mana bersifat kuratif maupun non kuratif. Pada tindakan pembedahan terdapat beberapa penanganan berupa abdominoperineal resection, hemocolectomy, sigmoid colectomy, transverse colectomy, dan left hemocolectomy.

Yuda Handaya, (2017) Mengatakan Penanganan kanker kolorektal dimana tergolong penanganan kuratif yaitu dilakukannya pembedahan, dengan mengeksisi batas regional lymphadenektomi yang disebut pembedahan kuratif dimana masih mempertahankan fungsi dari usus besar. Tindakan pembedahan pada pasien kanker kolorektal yaitu berupa laparaskopi yang dilakukan tindakan insisi tunggal atau irisan 0,5-1cm dengan alat khusus. Tindakan laparaskopi memiliki keuntungan berupa kecilnya rasa nyeri postoperasi, mengurangi terjadinya risiko herniasi postoperasi, cepatnya masa penyembuhan, dan pasien dapat melakukan aktivitas normal dengan cepat.

c. Terapi lain

Pada kanker kolorektal terdapat beberapa tindakan terapi lain berupa radioterapi ajuvan, kemoterapi poliatif, dan kemoradioterapi. Kemoterapi bertujuan untuk mengecilkan ukuran tumor pada pasien dimana tergolong dalam tindakan preoperasi yang diberikan melalui injeksi maupun oral, dan dapat menghambat pertumbuhan sel tumor

postoperasi ataupun pada pasien stadium lanjut yang tidak dapat dilakukan tindakan operasi (Yuda Handaya, 2017).

C. Pengkajian keperawatan

Selama proses pengkajian keperawatan, data tentang status Kesehatan dikumpulkan, divalidasi, diatur, disusun menjadi pola, dan dikomunikasikan kembali baik dalam bentuk verbal maupun tertulis. Data yang dikumpulkan berupa data objektif dan subjektif. Pengkajian keperawatan memiliki fungsi untuk menyusun diagnosis keperawatan yang akurat, merencanakan dan mengimplementasikan, baik dalam pelayanan individual awal maupun berkelanjutan, dan untuk mengevaluasi layanan (Lemone et al., 2016).

1. Identitas klien dan penanggung jawab

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/ bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosa medis dan alamat pasien. Menurut (Lemone et al., 2016; Sayuti & Nouva, 2019; Rosaliani, 2019) penderita kanker kolorektal terdeteksi pada usia > 50 tahun. Dalam jurnal kedokteran STM (Sains dan Teknologi Medik) yang berjudul Hubungan usia dan jenis kelamin dengan kejadian kanker kolorektal, kejadian kanker kolorektal lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki, sedangkan usia yang paling banyak mengalami kanker kolorektal adalah usia 40-49 tahun (Adila & Mustika, 2023). Pada penderita kanker kolorektal, status pernikahan memiliki efek perlindungan dan mempunyai andil dalam

keberlangsungan hidup yang lebih baik bagi penderita kanker kolorektal yang dirawat dengan pembedahan (Yang et al., 2019).

2. Status kesehatan saat ini

Keluhan utama berupa BAB darah, merasa sangat lelah sepanjang waktu dapat didapatkan pada proses pengkajian (Sayuti & Nouva, 2019). Alasan masuk rumah sakit, faktor pencetus, lamanya keluhan, timbulnya keluhan (bertahap, mendadak), upaya apa yang dilakukan untuk mengatasi, faktor yang memperberat (Unissula, 2023).

3. Riwayat penyakit sekarang

Alasan masuk rumah sakit, waktu kejadian, hingga masuk rumah sakit, mekanisme, lingkungan keluarga, kerja, dan masyarakat sekitar. Klien mengeluh BAB berdarah dan berlendir, tidak BAB dan tidak ada kentut/ flatus, perutnya terasa nyeri/ kembung dan sakit, mual dan muntah, tidak puas dalam BAB, BAB sedikit dan berat badannya menurun (Lemone et al., 2016).

4. Riwayat kesehatan yang lalu

Penyakit yang pernah dialami (masa kanak-kanak, kecelakaan, pernah dirawat, penyakit, operasi, waktu), alergi, imunisasi, obat-obatan, dan kebiasaan. Riwayat diet pasien yang hanya mengonsumsi serat, protein hewani dan lemak, seperti daging merah dapat meningkatkan mengalami kanker kolorektal (Kemenkes RI, 2018). Riwayat menderita kelainan pada colon kolitis ulseratif (polip pada kolon) (Lemone et al., 2016; Kemenkes RI, 2018).

5. Riwayat penyakit dahulu

Perawatan yang pernah dialami dan penyakit lain seperti Diabetes Melitus, Hipertensi, dan lain-lain.

6. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit yang diderita oleh keluarga, riwayat keluarga yang mengalami kanker kolorektal/ Hereditas, kalau keluarga memiliki riwayat kanker kolorektal, maka anggota keluarga lainnya akan memiliki risiko tinggi terkena penyakit kanker kolorektal, khususnya pada usia muda (Rosaliani, 2019). Menurut Tomislav dalam Sayuti dan Nouva, 2019 keluarga yang satu tingkat generasi dengan penderita kanker kolorektal memiliki risiko lebih besar 3 kali.

7. Riwayat kesehatan keluarga

Susunan keluarga (genogram 3 generasi), penyakit yang pernah diderita anggota keluarga, dan penyakit yang sedang diderita anggota keluarga (diagnosa yang berhubungan dengan diagnosa medis klien).

8. Riwayat kesehatan lingkungan

9. Pengkajian pola kesehatan fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

b. Pola eliminasi Pada penderita kanker kolorektal terjadi perubahan pola defekasi seperti diare, konstipasi, feses berdarah, feses yang dikeluarkan sedikit dari biasanya, dan melena (Sayuti & Nouva, 2019).

c. Pola aktivitas dan Latihan Faktor risiko terkena kanker kolorektal adalah kurangnya aktivitas latihan seperti olahraga (Bouk et al., 2021).

Pada penderita juga mengalami anemia yang menyebabkan lemah dan letih sehingga tidak dapat beraktivitas secara normal (Suratun & Lusianah, 2014).

d. Pola istirahat dan tidur

e. Pola nutrisi dan metabolic

Efek samping kemoterapi pada penderita kanker mempengaruhi status gizi seperti mual, muntah, diare, nyeri perut, perdarahan gastrointestinal, penyembuhan luka terhambat, dehidrasi, proteinuria, reaksi alergi infus, gangguan elektrolit, ruam kulit, kulit kering, penurunan berat badan, infeksi kulit, perubahan kuku, kelemahan dan lain-lain (Lewandowska et al., 2022).

f. Pola kognitif dan konseptual sensori

g. Pola persepsi dan konsep diri

Pada pasien yang sudah mengalami pembuatan stoma akan berdampak pada perubahan peran, citra diri, harga diri, seksual dan sosial. Pemasangan stoma berdampak buruk pada citra tubuh pasien, terutama wanita. Berbagai masalah dalam aspek psikologis yang muncul seperti, rasa malu karena pembuangan kotoran melalui kantung stoma, tidak dapat mengontrol kentut, malu karena bau kotoran pada kantung stoma, dan rasa malu dalam melakukan aktivitas seksual. Hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien dengan stoma (Rangki, 2018).

h. Pola mekanisme coping

Pada pasien kanker kolorektal dapat ditemukan kondisi cemas dan depresi sebagai bentuk reaksi psikologis dan bertahan meskipun pengobatan telah selesai dilakukan (Peng et al., 2019). Pasien yang memiliki stoma beradaptasi secara fisik dan psikologis akibat operasi kolostomi dibuktikan dengan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan kemampuan berhubungan dengan orang lain, tetapi ada juga pasien yang menunjukkan kondisi mal adaptif seperti kecemasan yang berat (Black dalam Rangki, 2018).

- i. Pola seksual dan reproduksi
- j. Pola peran berhubungan dengan orang lain
- k. Pola nilai dan kepercayaan.

10. Pemeriksaan fisik

- a. Kesadaran
- b. Penampilan
- c. Vital sign meliputi suhu tubuh, tekanan darah, nadi, saturasi oksigen, respirasi rate
- d. Kepala, leher dan wajah: dengan teknik inspeksi dan palpasi.
- e. Mata: perlukaan, pembengkakan, refleks pupil, kondisi kelopak mata, adanya benda asing, warna skelera, adanya nyeri tekan.
- f. Hidung: perlukaan, darah, cairan, napas cuping hidung, kelainan anatomi akibat trauma.
- g. Telinga
- h. Mulut dan tenggorokan: kesimetrisan, mukosa bibir, sianosis, kering

i. Dada:

1) Paru

- a) Inspeksi: bentuk, inspirasi, ekspirasi, pernapasan, irama, gerakan simetris atau tidak, jika terjadi metastasis kanker ke paru akan ada keluhan sesak napas, batuk-batuk selama satu bulan, batuk darah, obstruksi jalan napas, bunyi napas wheezing, dan stridor (Wijaya & Putri dalam Muna, 2020).
- b) Palpasi: pergerakan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan dan kiri,
- c) Perkusi: suara sonor pada kedua paru, suara redup ada batas paru dan hepar
- d) Auskultasi: suara napas tambahan seperti ronkhi, mengi, wheezing, dan stridor.

2) Jantung

- a) Inspeksi: bentuk dada simetris
- b) Palpasi: frekuensi nadi
- c) Perkusi: suara pekak
- d) Auskultasi: irama reguler sistol/ murmur

j. Abdomen

- 1) Inspeksi: apakah abdomen buncit atau datar, umbilikalis menonjol atau tidak, apakah ada benjolan/ massa pada abdomen, luka, jejas, lesi
- 2) Auskultasi: suara peristaltik usus nilai normalnya 3-12 kali/menit.

- 3) Palpasi: nyeri tekan pada abdomen, teraba massa pada abdomen (Lemone et al., 2016).
- 4) Perkusi: suara normal timfani, jika ada massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinari, tumor).

k. Genitalia

- 1) Kebersihan dan pertumbuhan rambut
- 2) Kebersihan, pertumbuhan rambut pubis, terpasang kateter, terdapat lesi atau tidak

l. Ekstremitas atas dan bawah

- 1) Warna dan suhu kulit
- 2) Perdarahan nadi distal
- 3) Deformitas ekstremitas
- 4) Gerakan ekstremitas secara aktif dan pasif
- 5) Gerakan ekstremitas yang tidak wajar dan adanya krepitasi
- 6) Derajat nyeri bagian yang cedera
- 7) Edema tidak ada, jari-jari lengkap dan utuh, Clubbing finger jika terjadi metastasis pada paru (Wijaya & Putri dalam Muna, 2020).
- 8) Refleks patella

m. Kulit

D. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menggambarkan masalah keperawatan yang aktual dan potensial yang dapat didiagnosis secara legal oleh perawat, yang

kemudian akan disusun intervensi primer oleh perawat, Menurut (PPNI, 2016) diagnosa yang mungkin muncul antara lain:

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

a. Definisi

Nyeri Akut merupakan pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Tanda dan Gejala

1) Tanda dan Gejala mayor

Subjektif :

a) Mengeluh nyeri

Objektif :

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

2) Tanda gejala minor

Subjektif : -

Objektif :

a) Tekanan darah meningkat

b) Pola nafas berubah

- c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berfikir terganggu
 - e) Menarik diri
 - f) Berfokus pada diri sendiri
 - g) Diaphoresis
- c. Kondisi klinis terkait
- 1) Kondisi pembedahan
 - 2) Cedera traumatis
 - 3) Infeksi
 - 4) Sindrom coroner akut
 - 5) Glaucoma
2. Resiko Perdarahan ditandai dengan Tindakan pembedahan (D. 0149)
- a. Definisi
- Risiko perdarahan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)
- b. Faktor resiko
- 1) Aneurisma
 - 2) Gangguan gastrointestinal
 - 3) Gangguan fungsi hati
 - 4) Komplikasi kehamilan
 - 5) Komplikasi pasca partum

- 6) Gangguan koagulasi
 - 7) Efek agen farmakologis
 - 8) Tindakan pebedahan
 - 9) Trauma
 - 10) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
 - 11) Proses keganasan
- c. Kondisi kloanis terkait
- 1) Aneurisma
 - 2) Koagulopati intravascular diseminata
 - 3) Sirosis hepatis
 - 4) Ulkus lambung
 - 5) Varises
 - 6) Trombositopenia
 - 7) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - 8) Plasenta previa / abrupsi
 - 9) Atonia uterus
 - 10) Retensi plasenta
 - 11) Tindakan pembedahan
 - 12) Kanker
 - 13) Trauma
3. Deficit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D. 0019)
- a. Definisi

Deficit nutrisi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b. Penyebab

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- 5) Faktor ekonomi
- 6) Faktor psikologis

c. Tanda gejala

- 1) Tanda gejala mayor

Subjektif : -

Objektif :

- a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

- 2) Tanda gejala minor

Subjektif:

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram / nyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun

Objektif :

- a) Bising usus hiperaktif
- b) Otot pengunyah lemah

- c) Otot menelan lemah
 - d) Membrane mukosa pucat
 - e) Sariawan
 - f) Serum albumin turun
 - g) Rambut rontok berlebihan
 - h) Diare
- d. Kondisi klinis terkait
- 1) Stroke
 - 2) Parkinson
 - 3) Mobius syndrome
 - 4) Cerebral palsy
 - 5) Cleft lip
 - 6) Cleft palate
 - 7) Amyotropic lateral sclerosis
 - 8) Kerusakan neuromuscular
 - 9) Luka bakar
 - 10) Kanker
 - 11) Infeksi
 - 12) AIDS
 - 13) Penyakit chron's
4. Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D. 0142)
- a. Definisi

Resiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b. Faktor resiko

- 1) Penyakit kronis
- 2) Efek prosedur invasive
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

c. Kondisi klinis terkait

- 1) AIDS
- 2) Luka bakar
- 3) Penyakit paru obstruktif kronis
- 4) Diabetes melitus
- 5) Tindakan invasive
- 6) Kondisi penggunaan terapi steroid
- 7) Penyalahgunaan obat
- 8) Ketuban pecah sebelum waktunya
- 9) Kanker
- 10) Gagal ginjal
- 11) Imunosupresi
- 12) Lymphedema

13) Leukositopenia

14) Gangguan fungsi hati

5. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (D. 0109)

a. Definisi

Defisit perawatan diri merupakan diagnosis keperawatan yang dapat didefinisikan sebagai tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

b. Penyebab

- 1) Gangguan musculoskeletal
- 2) Gangguan neuromuscular
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

c. Tanda gejala

1) Tanda gejala mayor

Subjektif :

- a) Menolak melakukan perawatan diri

Objektif :

- a) Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian/ makan/ toileting/ berhias secara mandiri
- b) Minat melakukan perawatan diri kurang

2) Tanda gejala minor

Subjektif : -

Objektif : -

- d. Kondisi klinis terkait
 - 1) Stroke
 - 2) Cedara medula spinalis
 - 3) Depresi
 - 4) Arthritis rheumatoid
 - 5) Retardasi mental
 - 6) Delirium
 - 7) Demensia
 - 8) Gangguan amnestic
 - 9) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
 - 10) Fungsi penilaian terganggu

E. Intervensi Keperawatan

Tabel 1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan meuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas,dan intensitas nyeri 2. Agar kita mnegetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3. Agar kita mengetahui tingkatan

	<p>menurun</p> <p>3. Meringis menurun</p> <p>4. Sikap protektif menurun</p> <p>5. Frekuensi nadi membaik</p> <p>6. Tekanan darah membaik</p> <p>7. Nafsu makan membaik</p>	<p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>2. Anjurkan Memonitor nyeri</p>	<p>nyeri yang sebenarnya</p> <p>4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan meperingan nyeri</p> <p>5. Agar psien mengetahui tentang nyeri yang dirasakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2. Agar rsa nyeri berkurang</p> <p>3. Agar pasien lebih nyaman</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk meredakan nyeri</p> <p>2. Agar pasien dapat mengontrol tingkatan rasa nyeri</p>
--	--	---	--

			<p>secara mandiri</p> <p>3. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat</p> <p>4. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p>	<p>3. Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri pada tubuh</p> <p>4. Agar pasien dapat mengurangi rasa nyeri secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Untuk menghilangkan rasa nyeri</p>
2	<p>Risiko perdarahan ditandai dengan Tindakan</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan, diharapkan kehilangan dara internal maupun eksternal menurun dengan</p>	<p>Pencegahan perdarahan (D. Observasi</p> <p>1. Monitor tanda gejala perdarahan</p> <p>2. Monitor nilai</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui tingkat keparahan perdarahan pada klien sehingga dapat menentukan intervensi</p>

	pembedahan (D.0012)	kriteria hasil: 1. Hemoglobin membaik 2. Hematokrit membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Suhu tubuh membaik	hemoglobin/hematokrit sebelum dan setelah kehilangan darah Terapeutik 1. Pertahankan bedrest selama perdarahan Edukasi 1. Jelaskan tanda gejala perdarahan 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K 4. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan	selanjutnya 2. Untuk mengetahui kadar hemoglobin atau hematokrit pasien Terapeutik 1. Agar pasien mengetahui tanda gejala perdarahan 2. Agar terhindar dari konstipasi 3. Untuk mengurangi atau menghilangkan perdarahan 4. Agar dapat mengontrol perdarahan Kolaborasi 1. Untuk mengontrol perdarahan
--	----------------------------	--	---	--

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol, jika perlu 	
3	<p>Deficit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D.0019)</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme membaik dengan kriteria hasil: (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Peningkatan nutrisi 	<p>Manajemen nutrisi (I. 03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor berat badan 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui nutrisi pada pasien 2. Untuk mengetahui makanan yang disukai pasien 3. Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan nutrisi pasien 4. Untuk mengetahui berat badan sebelum dan sesudah sakit 5. Untuk memantau penyakit <p>Terapeutik</p>

		<p>meningkat</p> <p>3. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat</p> <p>4. pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</p> <p>5. sikap terhadap makanan/minumam sesuai dengan tujuan Kesehatan meningkat</p> <p>6. nyeri abdomen menurun</p> <p>7. berat badn membaik</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>3. Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan posisi duduk jika mampu</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>	<p>1. Agar mulut pasien tetap bersih dan bau mulut</p> <p>2. Untuk penceghan konstipasi</p> <p>3. Untuk menambh berat badan pada pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar pasien lebih nyaman</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Agar nyeri dapat berkurang saat makan</p>
--	--	--	--	---

		8. IMT membaik 9. nafsu makan membaik		
4	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasiv (D.0142)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi menurun dengan kriteria hasil: (L. 14137) 1. kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat	Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Observasi 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi Terapeutik 1. Untuk mencegah penularan infeksi Edukasi 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi 2. Untuk menghindari infeksi 3. Untuk menjaga kadar cairan pada tubuh

		<p>3. nafsu makan meningkat</p> <p>4. nyeri menurun</p> <p>5. kadar sel darah putih membaik</p> <p>6. kultur darah membaik</p> <p>7. kultur area luka membaik</p>	<p>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>1. Untuk meningkatkan kekebalan tubuh</p>
5	Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat</p>	<p>Dukungan perawatan diri (I. 11348)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tingkat kemandirian</p> <p>2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian,</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui tingkat kemandirian</p> <p>2. Supaya klien lebih nyaman saat eliminasi</p> <p>Terapeutik</p>

	(D.0109)	<p>dengan kriteria hasil :</p> <p>(L.11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenai pakaian meningkat 3. Verbalisasi melakukan perawatan diri meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat 5. Mempertahankan 	<p>berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar menjaga keadaan klien tetap bersih dan nyaman 2. Untuk mempermudah saat melakukan perawatan diri 3. Untuk memantau kemandirian pasien saat melakukan perawatan diri 4. Untuk mencegah terjadinya penumpukan bakteri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri
--	----------	--	--	---

		kebersihan diri meningkat		
--	--	------------------------------	--	--