

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit Kanker Paru-Paru

1. Pengertian Kanker Paru-Paru

Kanker paru adalah semua penyakit keganasan di paru, mencakup keganasan yang berasal dari paru sendiri (primer) atau dari luar paru. Dalam pengertian klinik yang dimaksud dengan kanker paru primer adalah tumor ganas yang berasal dari epitel bronkus (karsinoma bronkus = bronchogenic carcinoma) (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2018). Terjadinya kanker ditandai dengan pertumbuhan sel-sel paru normal yang menjadi abnormal atau tidak terbatas dan merusak jaringan-jaringan sel yang normal. Pertumbuhan sel-sel kanker akan menyebabkan jaringan menjadi besar yang biasa disebut tumor ganas (Benazir, 2013)

2. Faktor Resiko Kanker Paru-Paru

Faktor-faktor risiko yang menyebabkan kanker paru menurut Klamerus dkk (2012) diantaranya:

a. Perokok pasif atau perokok rokok sisa

Perokok pasif meningkatkan risiko kanker 2-3 kali lebih tinggi daripada bukan perokok.

b. Terkena gas radon (pecahan produk dari uranium dan radium), asbestos, dan asap kayu bakar

c. Bentuk-bentuk tertentu dari penyakit paru jinak, seperti fibrosis interstisial, asbestosis, dan penyakit paru obstruktif menahun (PPOK) atau COPD.

d. Faktor Genetik

Pasien dan keluarga seringkali khawatir akan risiko genetik kanker paru. Walaupun tidak ada satupun gen diidentifikasi, ada sedikit kemungkinan terkena kanker paru apabila anggota keluarga yang lain terkena. Risiko ini meningkat bila anggota keluarga yang

terkena kanker paru didiagnosis pada usia muda atau bila kanker paru mengenai banyak anggota keluarga.

e. Pasien dengan sedikit atau tanpa riwayat perokok

Sekitar 1 dari 5 wanita yang terkena kanker paru bukanlah seorang perokok dan 1 dari 10 pria tidak pernah menjadi perokok.

Faktor lain yang memicu terjadinya kanker paru-paru menurut Rifai (2020) yaitu:

a. Umur

Berdasarkan hasil survei kanker paru dilaporkan bahwa 90% kasus kanker paru terjadi pada usia ≥ 40 tahun. Di negara industri, kanker paru ditemukan pada kelompok diatas umur 40 tahun, terbanyak pada umur 55-75 tahun dengan rata-rata 65 tahun.

b. Jenis Kelamin

Insidens kanker paru pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan. Hal ini disebabkan karena laki-laki lebih banyak terpapar dengan rokok dan bahan karsinogen di lingkungan kerja. Berdasarkan survei epidemiologi global tahun 1994, di peroleh perbandingan kanker paru antara laki-laki dan perempuan yaitu 5:1.

c. Kebiasaan Merokok

Insiden kanker paru berhubungan erat dengan kebiasaan merokok. Merokok merupakan faktor risiko utama kanker paru. Pada rokok terdapat zat karsinogen dan zat pemicu timbulnya kanker. Resiko relatif terjadinya kanker paru pada perokok adalah 20 kali dibandingkan dengan non perokok. Kejadian kanker paru pada perokok dipengaruhi oleh usia perokok sewaktu mulai merokok, jumlah batang rokok yang dihisap setiap hari, lamanya kebiasaan merokok dan cara menghisap rokok. Jika seorang perokok menghentikan kebiasaan merokok, maka baru akan menunjukan risiko yang sama dengan bukan perokok 10-13 tahun kemudian.

d. Predisposisi Karena Penyakit Lain.

Tuberkulosis paru merupakan faktor predisposisi kanker paru melalui mekanisme hiperplasi, metaplasia, karsinoma in situ, karsinoma bronkogenik sebagai akibat adanya jaringan parut tuberkulosis.

e. Pengaruh Genetik dan Status Imunologi

Kanker paru dapat dipengaruhi oleh keadaan genetik. Normalnya, pertumbuhan sel berjalan dalam beberapa tahapan dan dikontrol oleh gen (pembawa informasi) yang sebagian bertindak sebagai pemicu, penghambat pertumbuhan dan gen pengontrol proses lain dalam sel agar berjalan baik.

f. Bahan Karsinogen di Lingkungan Kerja

Mineral dan zat-zat kimia tertentu, dapat memicu timbulnya kanker paru. Perlu waktu yang lama, yaitu 15-25 tahun antara terpapar sampai timbulnya gejala kanker paru. Beberapa karsinogen yang dapat menimbulkan kanker paru antara lain: asbes, arsen, khlor metil eter, pembakaran arang, aluminium, khrom, nikel, gas mustard, kalsium florida, zat radioaktif dan tar batu bara. Bahan-bahan tersebut sering dijumpai di lingkungan kerja, seperti pada penyulingan, pertambangan batu bara, penyulingan logam, pabrik seperti tekstil, semen, pembuatan asbes, dan industri kimia.

3. Klasifikasi Kanker Paru-Paru

Kanker paru dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis, yaitu Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) dan Small Cell Lung Cancer (SCLC) (Niluh dan Effendy 2004).

a. Non-Small Cell Lung Carcer (NSCLC)

Kanker paru jenis NSCLC merupakan kanker paru yang paling umum, sekitar 80% dari semua kanker paru adalah jenis ini. Berdasarkan jenis sel yang ditemukan dalam tumor, NSCLC memiliki tiga jenis utama diantaranya:

1) Adenokarsinoma

Adenokarsinoma adalah jenis kanker paru yang berkembang dari sel-sel yang memproduksi lendir atau dahak di permukaan

saluran udara. Sekitar 30%-35% dari kasus NSCLC adalah jenis adenokarsinoma. Mencakup sekiranya 40% dari kanker paru dan lebih banyak pasien wanita. Pertumbuhan adenokarsinoma biasanya lambat dan perlu waktu 15 tahun untuk tumbuh dengan waktu untuk menggandakan diri lebih dari 200 hari. Adenokarsinoma muncul dari sel mucus didalam epitel pada bronkus (Abdi, 2014). Kebanyakan adenokarsinoma terjadi di daerah luar atau perifer paru dan juga memiliki kecenderungan untuk menyebar ke otak, letak lain termasuk adrenal, hati, tulang, dan ginjal. Adenokarsinoma biasanya berukuran kecil dan berkembang lambat. Adenokarsinoma juga dapat timbul dalam konteks paparan karsinogen berat dan kerusakan paru-paru yang mendasarinya, tetapi umumnya dianggap sebagai subtype dominan pada orang yang tidak pernah merokok dengan paparan karsinogen rendah. Perkembangan adenokarsinoma dikaitkan dengan karakteristik yang kurang baik lesi premaligna yang disebut hiperplasia adenomatosa atipikal. Konsep baru untuk adenokarsinoma soliter kecil diperkenalkan seperti adenokarsinoma in situ dengan pertumbuhan lepidik dan adenokarsinoma invasif minimal dengan pertumbuhan lepidic yang dominan dan invasi 5 mm (Gridelli *et al.* , 2015).

2) Karsinoma Sel Skuamosa

Karsinoma sel skuamosa atau dikenal sebagai karsinoma epidermoid merupakan skuamosa paling sering muncul di tengah atau cabang bronkhus segmental. Sekitar 30% penderita kanker paru adalah jenis ini dari kasus NSCLC karsinoma sel skuamosa menyerang bagian dalam paru, menyebar di rongga toraks, termasuk nodus limfe regional, pleura, dan dinding dada. Kanker ini sangat berkaitan dengan asap rokok dan berhubungan dengan toksin-toksin lingkungan, seperti asbestos dan komponen polusi udara. Karsinoma ini lebih agresif dari pada adenokarsinoma dan membutuhkan 8 tahun untuk berkembang.

Biasanya karsinoma sel skuamosa dapat menyebabkan obstruksi pada bronkus yang menyebabkan infeksi (Abdi, 2014).

3) Karsinoma Sel Besar

Karsinoma sel besar merupakan salah satu jenis sel kanker yang apabila dilihat di bawah mikroskop berbentuk bundar besar sehingga sering juga disebut *undifferentiated carcinoma*. Sekitar 11% dari semua jenis kanker adalah kanker paru ini. Tumor ini berkaitan erat dengan merokok dan dapat menyebabkan nyeri dada. Karsinoma sel besar dapat menyebar ke kelenjar getah bening dan tempat yang jauh. Karsinoma ini metastase lebih cepat dan memiliki prognosis yang lebih buruk (Abdi, 2014).

b. Small Cell Lung Carcer (SCLC)

SCLC muncul dari sel neuro endokrin di dalam bronkus. Tumor ini merupakan tumor yang pertumbuhannya sangat cepat dan biasanya sudah menyebar saat terdiagnosis . SCLC terjadi hanya sekitar 20% dari semua kasus kanker paru. SCLC paling sering ditemui pada perokok dan hanya 1% dari tumor jenis ini terjadi pada non-perokok. Kanker paru jenis ini berkembang dalam waktu 3-5 tahun dan memiliki waktu 30 hari untuk menggandakan dirinya. SCLC timbul dari sel neuroendokrin dan dapat mengeluarkan berbagai macam polipeptida. Beberapa dari polipeptida ini memiliki sifat umpan balik otomatis yang dapat menginduksi pertumbuhan tumor lebih lanjut. SLSC juga sering di asosiasikan dengan beberapa sindrom neoplastic (Abdi, 2014).

4. Tanda dan Gejala Kanker Paru-Paru

Gejala pada kanker paru-paru menurut Kemenkes RI (2016), yaitu batuk merupakan gejala tersering (60-70%) pada kanker paru, hemoptysis, nyeri dada, sesak napas, berat badan berkurang, nafsu makan hilang, teraba massa pada pangkal leher, cepat lelah, demam. Sejalan dengan pendapat Komite Penanggulangan Kanker Nasional (2018) yang menyebutkan bahwa gejala klinis sistemik juga kadang menyertai yaitu penurunan berat badan dalam waktu yang singkat, nafsu

makan menurun, demam hilang timbul. Gejala yang berkaitan dengan gangguan neurologis (sakit kepala, lemah/parese) sering terjadi jika telah terjadi penyebaran ke otak atau tulang belakang. Nyeri tulang sering menjadi gejala awal pada kanker yang telah menyebar ke tulang. Terdapat gejala lain seperti gejala paraneoplastik, seperti nyeri muskuloskeletal, hematologi, vaskuler, neurologi, dan lain-lain.

5. Patofisiologi Kanker Paru-Paru

Dari etiologi yang menyerang percabangan segmen/ sub bronkus menyebabkan cilia hilang dan deskuamasi sehingga terjadi pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan metaplasia, hyperplasia dan dysplasia. Bila lesi perifer yang disebabkan oleh metaplasia, hyperplasia dan dysplasia menembus ruang pleura, biasa timbul efusi pleura, dan bisa diikuti invasi langsung pada kosta dan korpus vertebrae. Lesi yang letaknya sentral berasal dari salah satu cabang bronkus yang terbesar. Lesi menyebabkan obstruksi dan ulserasi bronkus dengan diikuti dengan supurasi dibagian distal. Gejala-gejala yang timbul dapat berupa batuk, hemoptysis, dyspneu, demam, dan dingin. Wheezing unilateral dapat terdengar pada saat auskultasi. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan dan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati dan pancreas sehingga akan menghambat produksi hormone ghrelin yang mengatur terkait napsu makan. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur-struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esophagus yang menyebabkan disfagia hingga penurunan napsu makan, pericardium, otak, dan tulang rangka yang akan menimbulkan nyeri (Sali, 2019).

6. Pemeriksaan fisik Kanker Paru

Pemeriksaan fisik mencakup tampilan umum (performance status) penderita yang menurun, penemuan abnormal terutama pada pemeriksaan fisik paru benjolan leher, ketiak atau dinding dada, tanda pembesaran hepar atau tanda asites, nyeri ketok di tulang.

Pada pemeriksaan fisik, tanda yang dapat ditemukan pada kanker paru dapat bervariasi tergantung pada letak, besar tumor dan

penyebarannya. Pembesaran kelenjar getah bening (KGB) supraaklavikula, leher dan aksila menandakan telah terjadi penyebaran ke KGB atau tumor di dinding dada, kepala atau lokasi lain juga menjadi petanda penyebaran. Sesak napas dengan temuan suara napas yang abnormal pada pemeriksaan fisik yang didapat jika terdapat massa yang besar, efusi pleura atau atelektasis. Venektasi (pelebaran vena) di dinding dada dengan pembengkakan (edema) wajah, leher dan lengan berkaitan dengan bendungan pada vena kava superior (SVKS). Sindroma Horner sering terjadi pada tumor yang terletak di apeks (pancoast tumor). Thrombus pada vena ekstremitas ditandai dengan edema disertai nyeri pada anggota gerak dan gangguan sistem hemostatis (peningkatan kadar D-dimer) menjadi gejala telah terjadinya bendungan vena dalam (DVT). Tanda- tanda patah tulang patologik dapat terjadi pada kanker yang bermetastasis ke tulang. Tanda-tanda gangguan neurologis akan didapat jika kanker sudah menyebar ke otak atau tulang belakang (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2018).

7. Pemeriksaan Diasnostik Kanker Paru-Paru

Menurut Sali (2019), dalam menentukan diagnosis suatu kanker paru, dikenal berbagai macam cara pemeriksaan, yaitu anamnesis umum maupun khusus paru, pemeriksaaan jasmani secara umum dan khusus paru, bakteriologi dari sputum atau sekret bronkus/ cucian bronkus yang diperoleh dengan bronkoskopi, bronkoskopi, patologi-anatomi/ sitologi dari specimen yang dicurigai, pemeriksaan darah rutin, analisa gas darah, faal paru, radiologi, imunologi, dan berbagai pemeriksaan mutahir yaitu CT Scan, PCR, dll.

8. Penatalaksanaan Kanker Paru-Paru

Menurut Komite Penanggulangan Kanker Nasional (2018), tatalaksana kanker paru-paru terbagi menjadi dua yaitu:

a. Kanker Paru jenis Karsinoma Bukan Sel Kecil (KPKBSK)

1) Bedah

Modalitas ini adalah terapi utama utama untuk sebagian besar KPKBSK, terutama stadium I-II dan stadium IIIA yang masih

dapat direseksi setelah kemoterapi neoadjuvan. Jenis pembedahan yang dapat dilakukan adalah lobektomi, segmentektomi dan reseksi sublobaris. Pilihan utama adalah lobektomi yang menghasilkan angka kehidupan yang paling tinggi. Namun, pada pasien dengan komorbiditas kardiovaskular atau kapasitas paru yang lebih rendah, pembedahan segmentektomi dan reseksi sublobaris paru dilakukan.

2) Radioterapi

Radioterapi merupakan salah satu modalitas penting dalam tatalaksana kanker paru. Radioterapi dalam tatalaksana Kanker Paru Bukan Sel Kecil (KPKBSK) dapat berperan di semua stadium KPKBSK sebagai terapi kuratif definitif, kuratif neoadjuvan atau adjuvan maupun paliatif.

3) Kemoterapi

Kemoterapi dapat diberikan sebagai modalitas neoadjuvan pada stadium dini, atau sebagai adjuvan pasca pembedahan. Terapi adjuvan dapat diberikan pada KPKBSK stadium IIA, IIB dan IIIA. Pada KPKBSK stadium lanjut, kemoterapi dapat diberikan dengan tujuan pengobatan jika tampilan umum pasien baik (Karnofsky >60; WHO 0-2). Namun, guna kemoterapi terbesar adalah sebagai terapi paliatif pada pasien dengan stadium lanjut.

b. Kanker Paru jenis Karsinoma Sel Kecil (KPKSK)

Secara umum, jenis kanker paru ini dapat dibagi menjadi dua kelompok:

1) Stadium terbatas

Pilihan modalitas terapi pada stadium ini adalah kombinasi dari kemoterapi berbasis-platinum dan terapi radiasi toraks. Kemoterapi dilakukan paling banyak 4-6 siklus, dengan peningkatan toksisitas yang signifikan jika diberikan lebih dari 6 siklus.

2) Stadium lanjut

Pilihan utama modalitas terapi stadium ini adalah kemoterapi kombinasi. Regimen kemoterapi yang dapat digunakan pada stadium ini adalah: sisplatin/karboplatin dengan etoposid (pilihan utama), atau sisplatin/karboplatin dengan irinotekan. Pilihan lain adalah radiasi paliatif pada lesi primer dan lesi metastasis.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien dengan Kanker Paru-Paru

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Tujuan dari pengkajian adalah untuk menyusun database atau data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respons klien terhadap masalah (Hendarsih dan Induniasih, 2018). Menurut Sali (2019) konsep asuhan keperawatan pada pasien kanker paru-paru yaitu:

1. Pengkajian

a. Keluhan Umum

Pengkajian keperawatan yang nyeri dada, sesak napas, mengi, batuk, sputum mengandung darah (hemoptisis).

b. Riwayat

1) Terpajan terhadap lingkungan karsinogen (polusi udara, arsenik, debu logam, asap kimia, debu radioaktif, dan asbestos).

2) Penyakit kronis sebelumnya yang telah mengakibatkan pembentukan jaringan parut dan fibrosis pada jaringan paru.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Salah satu hal yang perlu diperhatikan adalah riwayat keluarga. Faktor gen menjadi salah satu penyebab kanker.

4) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi dada untuk mengetahui deformitas atau ketidakseimbangan, retraksi intercostal, gangguan atau penyimpangan gerakan pernapasan, frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya bernapas, retraksi inspirasi pada area supraklavikular, kontraksi inspirasi sternomastoideus

- b) Palpasi dada untuk mengetahui nyeri tekan, pengkajian terhadap abnormalitas yang dapat dilihat, ekspansi pernapasan, fremitus taktil
- 5) Perkusi dada dan bunyi jantung normal mungkin tidak ada pada emfisema.
- 6) Auskultasi meliputi bunyi napas, bunyi napas tambahan Crackles/rales, mengi atau ronchi, wheezing, indikasi, bunyi suara yang ditransmisikan.
- 7) Pemeriksaan kuku jari dan tangan, inspeksi : Falang dorsal membulat dan menggelembung. Kecembungan dari lempeng kuku meningkat. Sudut antara lempeng kuku dan lipatan kuku proksimal bertambah sampai 180° atau lebih. Lipatan kuku proksimal teraba seperti busa. Banyak penyebab dan kondisi ini, termasuk hipoksia kronis dan kanker paru.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respons seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadikan tanggung gugat perawat (Hendarsih dan Induniasih, 2018). Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang relevan adalah:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas.
- b. Nyeri kronis b.d infiltrasi tumor
- c. Defisit nutrisi

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Perawat menyusun perencanaan keperawatan berdasarkan rumusan diagnosa keperawatan yang merupakan petunjuk dalam

membuat tujuan dan intervensi keperawatan untuk mencegah, menurunkan, atau mengeliminasi masalah kesehatan pasien (Hendarsih dan Induniasih, 2018).

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017) intervensi keperawatan pada penderita kanker paru-paru adalah sebagai berikut.

Diagnosa pertama yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan bersihan jalan napas meningkat. Kriteria: Produksi sputum, mengi, wheezing, sulit bicara, frekuensi napas, pola napas, gelisah. Monitor bunyi napas tambahan. Intervensi: Monitor pola napas, monitor sputum, posisikan semi-Fowler atau Fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu, berikan oksigen jika perlu, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontradiksi, ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Diagnosa kedua yaitu Nyeri kronis b.d infiltrasi tumor. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri menurun. Kriteria: Keluhan nyeri, meringis, sikap protektif, gelisah, kesulitan tidur, pola napas, frekuensi nadi. Intervensi: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri, berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, fasilitasi istirahat tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Diagnose ketiga yaitu defisit nutrisi. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan status nutrisi meningkat. Kriteria: porsi makan yang dihabiskan, berat badan, indeks masa tubuh, frekuensi makan, napsu makan, tebal lipatan kulit trisep, membrane mukosa. Intervensi:

identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, monitor BB, terapeutik, sajikan makanan secara menarik, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan protein, anjurkan posisi duduk saat makan, ajarkan diet yang di programkan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diet.

4. Implementasi keperawatan

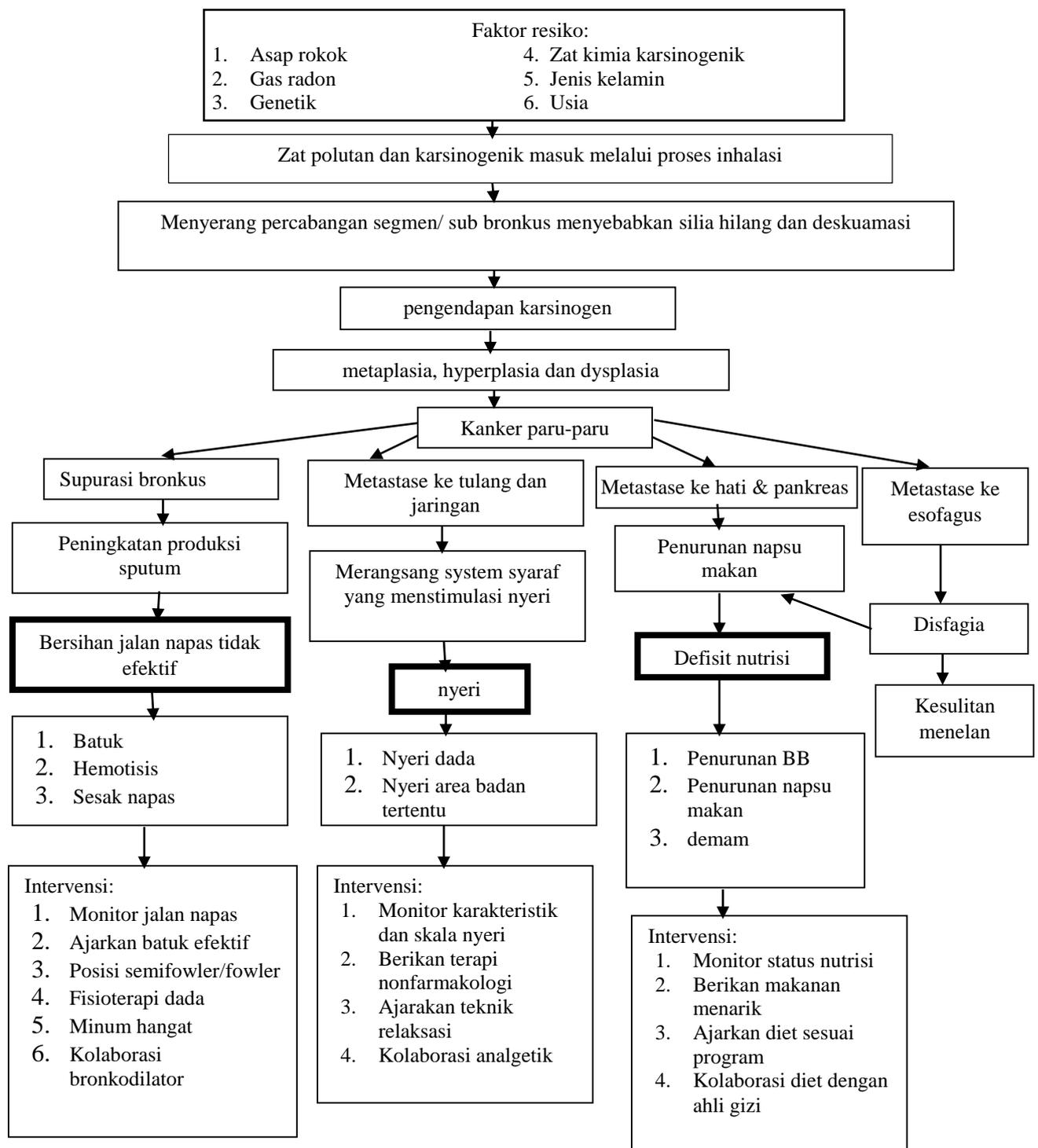
Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, kestatus kesehatan yang baik. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah realisasi dari perencanaan keperawatan (Hendarsih dan Induniasih, 2018). Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada perawat untuk membuat klien dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Hendarsih dan Induniasih, 2018). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing).

Adapun komponen SOAP yaitu S (Subjektif) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah melakukan tindakan keperawatan, A (Assesment) adalah interpretasi dari data subjektif dan objektif, P (Planing) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

C. Web Of Causation (WOC)



Gambar 4. Web of caution kanker paru-paru

Sumber: Klamerus dkk (2012), Melindawati dalam Rifai (2020), Kemenkes RI (2016), Sali (2019), Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017)