

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Konsep Dasar Medis**

###### **a. Pengertian**

Tumor abdomen adalah suatu massa yang padat dengan ketebalan yang berbeda-beda, yang disebabkan oleh sel tubuh yang mengalami transformasi dan tumbuh secara autonom lepas dari kendali pertumbuhan sel normal, sehingga sel tersebut berbeda dari sel normal dalam bentuk dan strukturnya. Kelainan ini dapat meluas ke retroperitonium, dapat terjadi obstruksi ureter atau vena kava inferior. Massa jaringan fibrosis mengelilingi dan menentukan struktur yang dibungkusnya tetapi tidak menginvasinya (Baig Fitrihan Rukmana<sup>1</sup> et al., 2022)

Tumor intra abdomen antara lain tumor hepar, tumor limpa, tumor lambung atau usus halus, tumor kolon, tumor ginjal (hipernefroma), tumor pankreas. Pada anak-anak dapat terjadi tumor ginjal (Oswari, 2014). Tumor/kanker adalah suatu penyakit yang bersifat tidak menular, atau NCD (Non communicable diseases) yang menjadi penyebab kematian terbesar manusia diseluruh dunia apabila tidak segera dilakukan tindakan. Sampai saat ini, tumor merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia (Oswari, 2014).

###### **b. Anatomi Fisiologi`**

Menurut (Hetty A. K, 2017) Bagian abdomen (perut) sering dibagi menjadi 9 area berdasarkan posisi dari 2 garis horizontal dan 2 garis vertikal yang membagi-bagi abdomen.

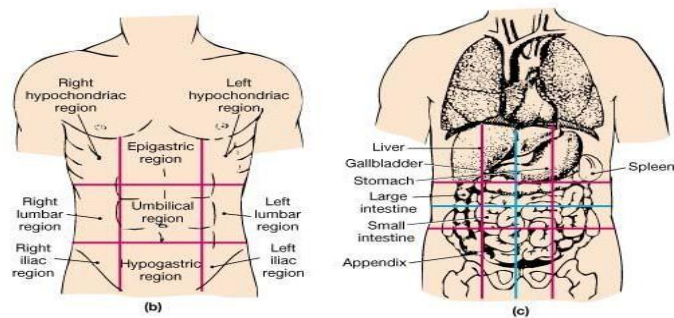
Pembagian berdasarkan region:

- 1) Regio hipokondriak kanan
- 2) Regio epigastrika
- 3) Regio hipokondriak kiri
- 4) Regio lumbal kanan
- 5) Regio umbilicus
- 6) Regio lumbal kiri
- 7) Regio iliak kanan
- 8) Regio hipogastrika
- 9) Regio iliak kiri

Bagian abdomen juga dapat dibagi menjadi 4 bagian berdasarkan posisi dari satu garis horizontal dan 1 garis vertikal yang membagi daerah abdomen (Hetty A. K, 2017).

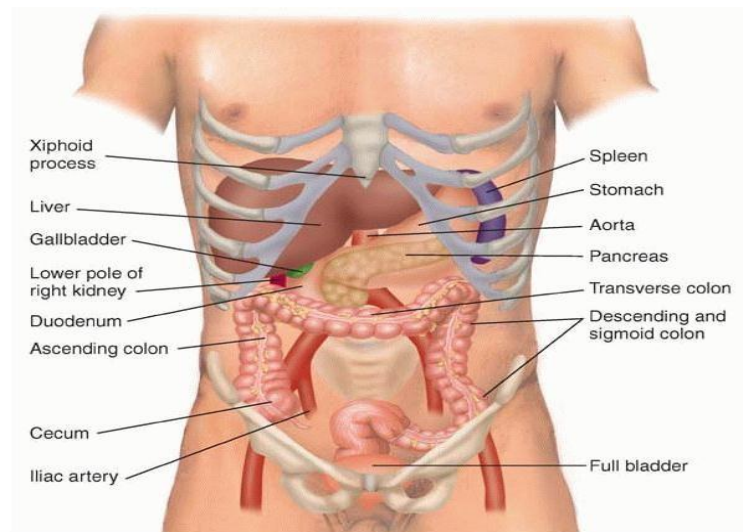
Kuadran kanan atas

- 1) Kuadran kiri atas
- 2) Kuadran kanan bawah
- 3) Kuadran kiri bawah



**FIGURE 1-8** Abdominopelvic Quadrants and Regions. (b) More-precise regional descriptions are provided by reference to the appropriate abdominopelvic region. (c) Quadrants or regions are useful because there is a known relationship between superficial anatomical landmarks and underlying organs.

Gambar 2.1 Gambar Kuadran Pada Bagian Abdomen (LeMone, 2015)



Gambar 2.2 Anatomi Abdomen

(LeMone, 2015)

### c. Etiologi

Penyebab neoplasi umumnya bersifat multifaktorial. Beberapa faktor yang dianggap sebagai penyebab neoplasi antara lain meliputi bahan kimiawi, fisik, virus, parasit, inflamasi kronik, genetik, hormon, gaya hidup, serta penurunan imunitas. Penyebab terjadinya tumor karena terjadinya pembelahan sel yang abnormal. Perbedaan sifat sel tumor tergantung dari besarnya penyimpangan dalam bentuk dan fungsi autonominya dalam pertumbuhan, kemampuannya mengadakan infiltrasi dan menyebabkan metastasis.

Menurut Smelstzer & Suzanne C, 2001 dalam (DIMU, 2019) Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya tumor antara lain:

#### 1) Karsinogen

##### a) Kimiawi

Bahan kimia dapat berpengaruh langsung (karsinogen) atau memerlukan aktivasi terlebih dahulu (ko-karsinogen) untuk menimbulkan neoplasi. Bahan kimia ini dapat merupakan bahan alami atau bahan

sintetik/semisintetik. Benzopire suatu pencemar lingkungan yang terdapat di mana saja, berasal dari pembakaran tak sempurna pada mesin mobil dan atau mesin lain (jelaga dan ter) dan terkenal sebagai suatu karsinogen bagi hewan maupun manusia. Berbagai karsinogen lain antara lain nikel arsen, aflatoksin, vinilklorida. Salah satu jenis benzo (a) piren, yakni, hidrokarbon aromatik polisiklik (PAH), yang banyak ditemukan di dalam makanan yang dibakar menggunakan arang menimbulkan kerusakan DNA sehingga menyebabkan neoplasia usus, payudara atau prostat.

b) Fisik

Radiasi gelombang radioaktif sering menyebabkan keganasan. Sumber radiasi lain adalah pajanan ultraviolet yang diperkirakan bertambah besar dengan hilangnya lapisan ozon pada muka bumi bagian selatan. Iritasi kronis pada mukosa yang disebabkan oleh bahan korosif atau penyakit tertentu juga bisa menyebabkan terjadinya neoplasia.

c) Viral

Dapat dibagi menjadi dua berdasarkan jenis asam ribonukleatnya; virus DNA serta RNA. Virus DNA yang sering dihubungkan dengan kanker antara *human papiloma virus* (HPV), *Epstein-Barr virus* (EPV), *hepatiti B virus* (HBV), dan *hepatitis C virus* (HCV). Virus RNA yang karsinogenik adalah *human T-cell leukemia virus I* (HTLV-I)

2) Hormon

Hormon dapat merupakan promotor keganasan.

3) Faktor gaya hidup

Kelebihan nutrisi khususnya lemak dan kebiasaan makan-makanan yang kurang berserat. Asupan kalori berlebihan, terutama yang berasal dari lemak binatang, dan kebiasaan makan makanan kurang serat meningkatkan risiko berbagai keganasan, seperti karsinoma payudara dan karsinoma kolon.

4) Parasit

Parasit schistosoma hematobin yang mengakibatkan karsinoma planoseluler.

5) Genetik, infeksi, trauma, hipersensivitas terhadap obat.

d. Patofisiologi

Menurut (Sjamsuhidajat, 2010) Tumor adalah proses penyakit yang bermula ketika sel abnormal di ubah oleh mutasiganetic dari DNA seluler, sel abnormal ini membentuk kolon dan berpopliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sekitar seltersebut.Sel-sel neoplasma mendapat energi terutama dari anaerob karenakemampuan sel untuk oksidasi berkurang, meskipun mempunyai enzim yang lengkapuntuk oksidasi.

Susunan enzim sel uniform sehingga lebih mengutamakan berkembang biak yang membutuhkan energi unruk anabolisme daripada untuk berfungsi yang menghasilkan energi dengan jalan katabolisme. Jaringan yang tumbuh memerlukan bahan- bahan untuk membentuk protioplasma dan energi, antara lain asam amino. Sel-sel neoplasma dapat mengalahkan sel-sel normal dalam mendapatkan bahan-bahan tersebut.(Sadariah. 2019)

Ketika dicapai suatu tahap dimana sel mendapatkan ciri-ciri invasi, dan terjadi perubahan pada jaringan sekitarnya. Sel-

sel tersebut menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase (penyebaran tumor) pada bagian tubuh yang lain.

Meskipun penyakit ini dapat diuraikan secara umum seperti yang telah digunakan, namun tumor bukan suatu penyakit tunggal dengan penyebab tunggal : tetapi lebih kepada suatu kelompok penyakit yang jelas dengan penyebab, metastase, pengobatan dan prognosa yang berbeda.(Smelstzer, Suzanne C.2016).

e. Klasifikasi

Dewasa :

- 1) Tumor hepar
- 2) Tumor limpa / lien
- 3) Tumor lambung dan usus halus
- 4) Tumor colon
- 5) Tumor ginjal (hipernefroma)
- 6) Tumor pankreas

Anak-anak :

Tumor wilms (ginjal)

f. Manifestasi Klinis

Menurut (Price Sylvia .A, 2012)Kanker dini sering kali tidak memberikan keluhan spesifik atau menunjukkan tanda selama beberapa tahun. Umumnya penderita merasa sehat, tidak nyeri dan tidak terganggu dalam melakukan pekerjaan sehari-hari. Pemeriksaan darah atau pemeriksaan penunjang umumnya juga tidak menunjukkan kelainan.

Oleh karena itu, American Cancer Society telah mengeluarkan peringatan tentang tanda dan gejala yang mungkin disebabkan kanker. Tanda ini disebut “*7-danfer warning signals CAUTION*”. Yayasan Kanker Indonesia menggunakan akronim WASPADA sebagai tanda bahaya keganasan yang perlu dicurainya.

C = Change in bowel or bladder habit

A = a sore that does not heal

U = unusual bleeding or discharge

T = thickening in breast or elsewhere

Tumor abdomen merupakan salah satu tumor yang sangat sulit untuk dideteksi. Berbeda dengan jenis tumor lainnya yang mudah diraba ketika mulai mendesak jaringan di sekitarnya. Hal ini disebabkan karena sifat rongga tumor abdomen yang longgar dan sangat fleksibel. Tumor abdomen bila telah terdeteksi harus mendapat penanganan khusus. Bahkan, bila perlu dilakukan pemantauan disertai dukungan pemeriksaan secara intensif. Bila demikian, pengangkatan dapat dilakukan sedini mungkin (Oswari, 2012).

Biasanya adanya tumor dalam abdomen dapat diketahui setelah perut tampak membuncit dan mengeras. Jika positif, harus dilakukan pemeriksaan fisik dengan hati-hati dan lembut untuk menghindari trauma berlebihan yang dapat mempermudah terjadinya tumor pecah ataupun metastasis. Dengan demikian mudah ditentukan pula apakah letak tumornya intraperitoneal atau retroperitoneal. Tumor yang terlalu besar sulit menentukan letak tumor secara pasti. Demikian pula bila tumor yang berasal dari rongga pelvis yang telah mendesak ke rongga abdomen.

Berbagai pemeriksaan penunjang perlu pula dilakukan, seperti pemeriksaan darah tepi, laju endap darah untuk menentukan tumor ganas atau tidak. Kemudian mengecek apakah tumor telah mengganggu sistem hematopoiesis, seperti pendarahan intra tumor atau metastasis ke sumsum tulang dan melakukan pemeriksaan USG atau pemeriksaan lainnya.

Menurut (Sjamsuhidajat, 2010) Tanda dan Gejala yang di temukan pada pasien :

- 1) Hiperplasia.
- 2) Konsistensi tumor umumnya padat atau keras.
- 3) Tumor epitel biasanya mengandung sedikit jaringan ikat, dan apabila tumor berasal dari mesenkim yang banyak mengandung jaringan ikat elastis kenyal atau lunak.
- 4) Kadang tampak Hipervaskulari di sekitar tumor.
- 5) Bisa terjadi pengerutan dan mengalami retraksi.
- 6) Edema sekitar tumor disebabkan infiltrasi ke pembuluh limfa.
- 7) Konstipasi.
- 8) Nyeri.
- 9) Anoreksia, mual, lesu.
- 10) Penurunan berat badan.
- 11) Pendarahan

g. Pemeriksaan Klinis

Menurut (LeMone, 2015) Pemeriksaan klinik di sini adalah pemeriksaan rutin yang biasa dilakukan dengan cara anamnesis dan pemeriksaan fisik, yaitu:

- 1) Inspeksi
- 2) Palpasi
- 3) Perkusi
- 4) Auskultasi



Pemeriksaan ini sangat penting, karena dari hasil pemeriksaan klinik yang dilakukan secara teliti, menyeluruh, dan sebaik-baiknya dapat ditegakkan diagnosis klinik yang baik pula. Pemeriksaan klinik yang dilakukan harus secara holistik, meliputi bio-psiko-sosio-kulturo-spiritual.

Menurut (Sjamsuhidajat, 2010) Anamnesis seorang pasien, dapat bermacam-macam mulai dari tidak ada keluhan sampai banyak sekali keluhan, bisa ringan sampai dengan berat. Semakin lanjut stadium tumor, maka akan semakin banyak timbul keluhan gejala akibat tumor ganas itu sendiri atau akibat penyulit yang ditimbulkannya. Apabila ditemukan tumor ganas di dalam atau di permukaan tubuh yang jumlahnya banyak (multiple), maka perlu ditanyakan tumor mana yang timbul lebih dahulu. Tujuannya adalah untuk memperkirakan asal dari tumor tersebut. Pemeriksaan fisik ini sangat penting sebagai data dasar keadaan umum pasien dan keadaan awal tumor ganas tersebut saat didiagnosa. Selain pemeriksaan umum, pemeriksaan khusus terhadap tumor ganas tersebut perlu dideskripsikan secara teliti dan rinci. Untuk tumor ganas yang letaknya berada di atau dekat dengan permukaan tubuh, jika perlu dapat digambar topografinya pada organ tubuh supaya mudah mendeskripsikannya. Selain itu juga perlu dicatat :

- 1) Ukuran tumor ganas, dalam 2 atau 3 dimensi,
- 2) Konsistensinya
- 3) Ada perlekatan atau tidak dengan organ di bawahnya atau kulit di atasnya.

h. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Suddarth, 2013) Endoskopi (sebuah penelitian dimana sebuah pipa elastis digunakan untuk melihat bagian dalam pada saluran pencernaan) adalah prosedur diagnosa

terbaik. Hal yang memudahkan seorang dokter untuk melihat langsung dalam perut, untuk memeriksa helicobacter pylori, dan untuk mengambil contoh jaringan untuk diteliti di bawah sebuah mikroskop (biopsi). Sinar X barium jarang digunakan karena hal tersebut jarang mengungkapkan kanker tahap awal dan tidak dianjurkan untuk biopsi. Jika kanker ditemukan, orang biasanya menggunakan computer tomography (CT) scan pada dada dan perut untuk memastikan penyebarannya yang mana tumor tersebut telah menyebar ke organ-organ lainnya. Jika CT scan tidak bisa menunjukkan penyebaran tumor. Dokter biasanya melakukan endoskopi ultrasonic (yang memperlihatkan lapisan saluran pencernaan lebih jelas karena pemeriksaan diletakkan pada ujung endoskopi) untuk memastikan kedalaman tumor tersebut dan pengaruh pada sekitar getah bening.

Pemeriksaan imaging yang diperlukan untuk membantu menegakkan diagnosis tumor ganas (radiodiagnosis) banyak jenisnya mulai dari yang konvensional sampai dengan yang canggih, dan untuk efisiensi harus dipilih sesuai dengan kasus yang dihadapi. Pada tumor ganas yang letaknya profunda dari bagian tubuh atau organ, pemeriksaan imaging diperlukan untuk tuntunan (guiding) pengambilan sample patologi anatomi, baik itu dengan cara fine needle aspiration biopsi (FNAB) atau biopsy lainnya. Selain untuk membantu menegakkan diagnosis, pemeriksaan imaging juga berperan dalam menentukan staging dari tumor ganas (Suddarth, 2013).

Menurut (LeMone, 2015) Pemeriksaan radiologi sangat penting dalam diagnosis awal karena pengkajian fisik biasanya tidak dapat mendeteksi awal tumor hingga kanker mencapai ukuran yang cenderung menimbulkan risiko bermetastasis. Proses diagnostik ini dapat melibatkan CT, MRI, USG, pencitraan nuklir, angiografi, dan tomografi emisi positron.

### 1) Computed Tomography (CT)

CT memungkinkan visualisasi penampang melintang anatomi. Karena CT Scan menunjukkan sedikit perbedaan dalam densitas jaringan, CT Scan memberikan keakuratan yang lebih besar dalam diagnosis tumor.

### 2) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

MRI merupakan instrument diagnostic pilihan untuk skrining dan konsultasi lanjutan tumor. Selama MRI, pasien ditempatkan di dalam bidang magnetic, gelombang radio yang berpulsi diarahkan pada mereka, dan dikirimkan sinyal berdasarkan karakteristik jaringan yang dianalisis oleh komputer.

### 3) Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi (USG) menilai gelombang suara ketika gelombang suara mencerminkan berbagai struktur tubuh, menunjukkan abnormalitas yang mengindikasikan tumor.

### 4) Pencitraan Nuklir

Pencitraan nuklir ini merupakan metode diagnostik yang aman untuk mengidentifikasi tumor pada berbagai jaringan tubuh. Prosedur ini sering digunakan untuk memeriksa kemungkinan tulang atau metastasis organ lainnya.

### 5) Angiografi

Angiografi dilakukan ketika lokasi tumor yang tepat tidak dapat diidentifikasi atau terdapat keharusan untuk memvisualisasikan perkembangan tumor sebelum pembedahan. Prosedur ini meliputi penginjeksian pewarna radiopaque ke dalam pembuluh darah utama yang dekat ke organ atau jaringan yang diperiksa. Pewarna

dapat digunakan untuk mengidentifikasi pembuluh darah yang menyuplai tumor.

#### 6) Endoskopi

Memvisualkan langsung rongga tubuh atau saluran dengan memasukan suatu kedalam rongga tubuh atau ostium tubuh; memungkinkan dilakukannya biopsy jaringan, aspirasi dan eksisi tumor yang kecil.

#### 7) Ultrasound

Echo dari gelombang bunyi berfrekuensi tinggi direkam pada layer penerima, digunakan untuk mengkaji jaringan yang dalam di dalam tubuh.

### i. Penatalaksanaan Medis

Menurut (LeMone, 2015) enatalaksanaan pada tumor dinding abdomen yaitu :

#### 1) Pembedahan

Pembedahan adalah modalitas penanganan utama, biasanya gasterektomi subtotal atau total, dan digunakan untuk baik pengobatan maupun paliasi. Pasien dengan tumor lambung tanpa biopsy dan tidak ada bukti metastatis jauh harus menjalani laparotomi eksplorasi atau seliatomi untuk menentukan apakah pasien harus menjalani prosedur kuratif atau paliatif. Komplikasi yang berkaitan dengan tindakan adalah injeksi, perdarahan, ileus, dan kebocoran anastomosis.

#### 2) Radioterapi

Penggunaan partikel energy tinggi untuk menghancurkan sel-sel dalam pengobatan tumor dapat menyebabkan perubahan pada DNA dan RNA sel tumor. Bentuk energy yang digunakan pada radioterapi adalah ionisasi radiasi yaitu energy tertinggi dalam spektrum elektromagnetik.

### 3) Kemoterapi

Kemoterapi sekarang telah digunakan sebagai terapi tambahan untuk reseksi tumor, untuk tumor lambung tingkat tinggi lanjutan dan pada kombinasi dengan terapi radiasi dengan melawan sel dalam proses pembelahan, tumor dengan fraksi pembelahan yang tinggi ditangani lebih efektif dengan kemoterapi.

### 4) Bioterapi

Terapi biologis atau bioterapi sebagai modalitas pengobatan keempat untuk kanker dengan menstimulasi system imun(biologic response modifiers/BRM) berupa antibody monoclonal, vaksin, factor stimulasi koloni, interferon, interleukin

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin, 2010)

#### a. Anamnesis

Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, no registrasi, diagnosa medis.

b. Riwayat kesehatan: perasaan lelah, nyeri abdomen (PQRST), pola eliminasi terdahulu dan saat ini, deskripsi tentang warna, bau, dan konsistensi feses, mencakup adanya darah dan mukus.

c. Riwayat masa lalu tentang penyakit usus inflamasi kronis atau polip kolon, riwayat keluarga dari penyakit kolon dan terapi obat saat ini. Kebiasaan diet diidentifikasi mencakup masukan lemak

dan atau serat serta jumlah konsumsi alkohol. Penting dikaji riwayat penurunan berat badan.

- d. Auskultasi terhadap bising usus dan palpasi untuk nyeri tekan, distensi dan masa padat. Specimen feses diinspeksi terhadap karakter dan adanya darah.

- e. Aktivitas dan istirahat

Gejala: Kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah. Insomnia, tidak tidur semalaman karena diare. Merasa gelisah dan ansietas. Pembatasan aktivitas/kerja sehubungan dengan efek proses penyakit.

- f. Sirkulasi

Tanda: Takikardia (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri). Kemerahan, area ekimosis (kekurangan vitamin K). Tekanan darah hipotensi, termasuk postural. Kulit/membran mukosa: turgorburuk, kering, lidah pecah-pecah (dehidrasi/malnutrisi).

- g. Integritas ego

Gejala: Ansietas, ketakutan misalnya: perasaan tak berdaya/tak ada harapan. Faktor stress akut/kronis misalnya: hubungan dengan keluarga dan pekerjaan, pengobatan yang mahal.

Tanda: Menolak, perhatian menyempit, depresi.

- h. Eliminasi

Gejala: Tekstur feses bervariasi dari bentuk lunak sampai bau atau berair. Episode diare berdarah tak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering tak dapat dikontrol (sebanyak 20-30 kali defekasi / hari); perasaan dorongan / kram (tenesmus); defekasi darah/pus/mukosa dengan atau tanpa keluar feses. Pendarahan per rektal. Riwayat batuginjal (dehidrasi).

Tanda: Menurunnya bising usus, tak adanya peristaltik atau adanya peristaltic yang dapat dilihat di hemoroid, fisura anal (25

%), fistula perianal.

i. Makanan dan cairan

Gejala: Penurunan lemak, tonus otot dan turgor kulit buruk. Membran mukosa bibir pucat; luka, inflamasi rongga mulut.

Tanda: Anoreksia, mual dan muntah. Penurunan berat badan, tidak toleran terhadap diet/sensitive; buah segar/sayur, produk susu, makanan berlemak.

j. Hygiene

Tanda: Ketidakmampuan mempertahankan perawatan diri. Stomatitis menunjukkan kekurangan vitamin. Bau badan.

k. Nyeri dan kenyamanan

Gejala; Nyeri/nyeri tekan pada kuadran kiri bawah (mungkin hilang dengan defekasi), titik nyeri berpindah, nyeri tekan (arthritis).

Tanda: Nyeri tekan abdomen/distensi.

l. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum meliputi kesan pasien pada keadaan sakit seperti ekspresi wajah dan posisi pasien, serta kesadaran pasien seperti komposmentis, apatis, somnolen, sopor, koma dan delirium. Pada pasien ini biasanya dalam keadaan lemah.

2) Pemeriksaan tanda vital

Pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, nadi (frekuensi, irama, kualitas), pernafasan (frekuensi, irama, kedalaman, pola pernafasan) dan suhu tubuh. Pada pasienn ini biasanya terjadi peningkatan pada tanda-tanda vitalnya.

3) Berat badan dan Tinggi badan

Pada pasien ini biasanya mengalami penurunan kadang

sampai 10% dari BB normal, sedangkan tinggi badannya tetap.

4) Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan ini menilai bentuk dan ukuran kepala, distribusi rambut dan kulit kepala, ubun-ubun (fontanel), wajah simetris atau tidak, atau ada/tidaknya lesi pembengkakan dan nyeri tekan.

5) Mata

Pemeriksaan ini melihat visus, alis bulu mata, konjungtiva anemis/tidak, sklera ikterik/tidak, pupil, lensa dan adanya udem palpebra/tidak. Biasanya ditemukan konjungtiva anemis, sclera ikterik/kekuningan, pupil isokor, reflek pupil terganggu.

6) Telinga

Pemeriksaan ini yaitu pada liang telinga, membran timpani, mastoid, ketajaman pendengaran. Biasanya tidak ada kelainan atau masalah pada telinga pasien.

7) Hidung

Pemeriksaan ini melihat ada atau tidaknya polip, sumbatan, pernafasan cuping hidung dan nyeri tekan. Biasanya tidak ditemukan kelainan pada hidung pasien

8) Mulut

Pemeriksaan ini melihat ada tidaknya kesukaran membuka mulut (trismus), mukosa bibir, gusi, lidah, salivasi, ada tidaknya peradangan dan karies pada gigi. Biasanya tidak ada kelainan pada mulut pasien ini.

9) Leher

Pemeriksaan ini untuk melihat kaku kuduk, ada tidaknya massa di leher (ukuran, bentuk, posisi, konsistensi dan ada tidaknya nyeri tekan) Selain itu juga pemeriksaan kelenjar



getah bening yang dapat dinilai dari bentuknya serta tanda-tanda radang yang dapat dinilai di daerah servikal anterior, inguinal, oksipital dan retroaurikuler. Biasanya tidak ada kelainan pada leher pasien ini.

#### 10) Kulit

Pemeriksaan ini meliputi warna (pigmentasi, sianosis, ikterus, pucat, eritema dan lain-lain), turgor, kelembaban kulit dan ada/tidaknya edema. Biasanya pada pasien ini turgor kulit kurang baik, mukosa kering.

#### 11) Paru

Pemeriksaan ini melihat bentuk dadanya, keadaan paru yang meliputi simetris/tidak, pergerakan nafas, ada/tidaknya fremitus suara, krepitasi serta pada saat perkusi bagaimana (hipersonor atau timpani), apabila udara di paru atau pleura bertambah bunyinya redup dan apabila terjadi konsolidasi jaringan paru maka bunyinya pekak. Selain itu dilakukan auskultasi untuk mendengar suara nafas apakah normal atau ada suara tambahan seperti ronchii (basah dan kering) dan wheezing. Biasanya pada pasien ini menderita batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan.

#### 12) Jantung

Pemeriksaan adalah denyut apeks atau iktus kordis dan aktivitas ventrikel, getaran bisings (thrill), dan bunyi jantung. Biasanya tidak ada masalah dengan jantung pasien.

#### 13) Abdomen

Pemeriksaan ini tentang ukuran atau bentuk perut apakah membuncit atau tidak, dinding perut, bisings usus normal atau tidak, adanya/tidaknya ketegangan dinding perut dan nyeri

tekan. Selain itu dilakukan palpasi untuk melihat ada tidaknya pembesaran pada organ hati, limpa, ginjal, kandung kencing, kemudian pemeriksaan pada daerah anus, rektum serta genetaliannya. Biasanya pasien mengeluh nyeri pada bagian perut.

#### 14) Ekstremitas

Pemeriksaan ini untuk melihat rentang gerak, keseimbangan dan gaya berjalan, genggam tangan, otot kaki, dan ada tidaknya udem di ekstremitas. Biasanya terjadi kelemahan otot, tonus otot menurun, akral hangat.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal (PPNI, 2017).

### **Post operasi**

- a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (tindakan invasif)
- b) Kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Faktor mekanis
- c) Resiko infeksi b/d adanya luka operasi efek prosedur invasif

## C. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan SDKI SLKI SIKI

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
<p><b>NYERI AKUT (D.0077)</b>            Kategori : psikologis            Subkategori: nyeri dan kenyamanan  <b>Definisi</b> : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.  <b>Penyebab</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis(mis, inflamasi, iskemia,neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi(mis, terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencedera fisik(mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b>  <b>Subjektif</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> </ol> <p><b>Objektif</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif (misalnya . waspada, posisi menghindari nyeri)</li> </ol>	<p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b>  <b>Definisi</b> : pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.  <b>Kriteria hasil</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan nyeri menurun</li> <li>2. meringis menurun</li> </ol>	<p><b>1. Manajemen nyeri</b>  <b>Definisi</b> :            Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan  <b>Tindakan</b>  <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri( mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan , kebisingan)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pdefisitenyebab, periode, dan</li> </ol>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur		<p data-bbox="1480 368 1637 395">pemicu nyeri</p> <ol data-bbox="1435 400 1939 496" style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p data-bbox="1384 501 1525 528"><b>Kolaborasi</b></p> <p data-bbox="1384 536 1883 563">Kolaborasi pemberian analgesik,jika perlu</p> <p data-bbox="1384 571 1682 598"><b>2. Pemberian Analgesik</b></p> <p data-bbox="1384 606 1939 702"><b>Definisi :</b> menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit.</p> <p data-bbox="1384 710 1509 737"><b>Tindakan</b></p> <p data-bbox="1384 745 1509 772"><b>Observasi</b></p> <ul data-bbox="1435 780 1845 807" style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi riwayat alergi obat</li> </ul> <p data-bbox="1384 815 1525 842"><b>Terapeutik</b></p> <ul data-bbox="1435 850 1939 946" style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik yang optimal.</li> </ul> <p data-bbox="1384 954 1487 981"><b>Edukasi</b></p> <ul data-bbox="1435 989 1805 1016" style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan efek samping obat</li> </ul> <p data-bbox="1384 1024 1525 1051"><b>Kolaborasi</b></p> <ul data-bbox="1435 1059 1939 1123" style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, <i>seusia indikasi</i></li> </ul> <p data-bbox="1384 1131 1771 1158"><b>3. Pemantauan Nyeri (I.08242)</b></p> <p data-bbox="1384 1166 1939 1230"><b>Definisi :</b> mengumpulkan dan menganalisa data nyeri</p> <p data-bbox="1384 1238 1509 1265"><b>Tindakan:</b></p> <p data-bbox="1384 1273 1509 1300"><b>Observasi</b></p> <ul data-bbox="1435 1308 1890 1335" style="list-style-type: none"> <li>- Monitor durasi dan frekuensi nyeri</li> </ul>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
		<p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tersedia</li> </ul> <p><b>4. Terapi Murattal (I.08249)</b></p> <p><b>Definisi:</b> menggunakan media Al-Qur`an (baik dengan mendengar atau membaca) untuk membantu meningkatkan perubahan yang spesifik dalam tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis.</p> <p><b>Tindakan :</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lama dan durasi pemberian sesuai dengan kondisi pasien</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisikan dalam posisi lingkungan yang nyaman</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan manfaat terapi</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tersedia</li> </ul> <p><b>Latihan Pernapasan</b></p> <p><b>Observasi</b></p>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan</li> <li>- Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan tempat yang tenang           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisikan pasien nyaman dan rileks</li> <li>- Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut</li> <li>- Pastikan tangan di dada mundur kebelakang dan telapak tangan di perut maju ke depan saat menarik napas</li> <li>- Ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan</li> <li>- Hitungan ke delapan hembuskan napas melalui mulut dengan perlahan</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernapasan</li> <li>- Anjurkan mengulangi latihan 4-5 kali</li> </ul>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
<p><b>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)</b>  <i>Kategori : Lingkungan</i>  <i>Subkategori : Keamanan dan proteksi</i>  <b>Definisi</b>            Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).  <b>Penyebab</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan sirkulasi</li> <li>2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)</li> <li>3. Kekurangan/kelebihan volume cairan</li> <li>4. Penurunan mobilitas</li> <li>5. Bahan kimia iritatif</li> <li>6. Suhu lingkungan yang ekstrem</li> <li>7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)</li> <li>8. Efek samping terapi radiasi</li> <li>9. Kelembaban</li> <li>10. Proses penuaan</li> <li>11. Neuropati perifer</li> <li>12. Perubahan pigmentasi</li> <li>13. Perubahan hormonal</li> <li>14. Kurang terpapar informasi tentang</li> </ol>	<p><b>Integritas Kulit / Jaringan (L.14125)</b>            Setelah melakukan pengkajian selama 3 × 24 jam integritas kulit / jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas cukup meningkat</li> <li>2. Hidrasi cukup meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan cukup meningkat</li> <li>4. Kerusakan jaringan cukup menurun</li> <li>5. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun</li> <li>6. Nyeri cukup menurun</li> <li>7. Perdarahan cukup menurun</li> <li>8. Kemerahan cukup menurun</li> <li>9. Hematoma cukup menurun</li> <li>10. Pigmentasi abnormal cukup menurun</li> <li>11. Jaringan parut cukup menurun</li> <li>12. Nekrosis cukup menurun</li> <li>13. Abrasi kornea cukup menurun</li> <li>14. Suhu kulit cukup membaik</li> <li>15. Sensasi cukup membaik</li> <li>16. Tekstur cukup membaik</li> <li>17. Pertumbuhan rambut cukup membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b>  <b>Definisi</b>            Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban dan mencegah perkembangan mikroorganisme  <b>Tindakan</b>  <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>- Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i></li> <li>- Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</li> <li>- Gunakan produk berbahan petroleum dan minyak pada kulit kering</li> <li>- Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</li> <li>- Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
<p>upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan menggunakan pelembab (mis. <i>lotion</i>, serum)</li> <li>- Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>- Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</li> <li>- Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</li> <li>- Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ul>
<p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p>		
<p><i>Subjektif</i></p>		
<p>(tidak tersedia)</p>		
<p><i>Objektif</i></p>		
<p>1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p>		
<p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p>		
<p><i>Subjektif</i></p>		
<p>(tidak tersedia)</p>		
<p><i>Objektif</i></p>		
<p>1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma</p>		
<p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p>		
<p>1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal Ginjal 4. Diabetes Melitus 5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)</p>		<p><b>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</b></p> <p><b>Definisi</b> Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>- Monitor tingkat kemandirian</li> <li>- Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</li> <li>- Siapkan keperluan abadi (mis. parfum,</li> </ul>



DIAGNOSA	SLKI	SIKI
		<p>sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>- Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>- Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>- Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ul> <p><b>Edukasi Program Pengobatan (I.12441)</b></p> <p><b>Definisi</b> Mengajarkan penggunaan obat secara aman dan efektif</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan</li> <li>- Identifikasi penggunaan pengobatan tradisional dan kemungkinan efek terhadap pengobatan</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman</li> <li>- Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan</li> </ul>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
		<p>benar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama pengobatan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan manfaat dan efek samping pengobatan</li> <li>- Jelaskan strategi mengelola efek samping obat</li> <li>- Jelaskan cara penyimpanan, pengisian kembali/pembelian kembali, dan pemantauan sisa obat,</li> <li>- Jelaskan keuntungan dan kerugian program pengobatan, <i>jika perlu</i></li> <li>- Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan</li> <li>- Anjurkan memonitor perkembangan keefektifan pengobatan</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi obat sesuai indikasi</li> <li>- Anjurkan bertanya jika ada sesuatu yang tidak dimengerti sebelum dan sesudah pengobatan dilakukan</li> <li>- Ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri (self-medication)</li> </ul> <p><b>Konsultasi (I.12461)</b></p> <p><b>Definisi</b></p> <p>Memberikan pertimbangan untuk memecahkan masalah keperawatan dan/atau</p>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
		<p>kesehatan yang dialami pasien, keluarga, kelompok atau komunitas</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi tujuan konsultasi</li> <li>- Identifikasi masalah yang menjadi focus konsultasi</li> <li>- Identifikasi harapan semua pihak yang terlibat</li> <li>- Identifikasi model konsultasi yang sesuai</li> <li>- Identifikasi ekspektasi biaya, <i>jika perlu</i></li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi kontrak tertulis untuk menentukan kesepakatan jadwal konsultasi</li> <li>- Berikan tanggapan secara profesional terhadap penerimaan atau penolakan ide</li> <li>- Fasilitasi memutuskan pilihan alternatif solusi</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan masalah yang sedang dihadapi pasien</li> <li>- Jelaskan alternatif solusi yang dapat dilakukan oleh pasien/keluarga</li> <li>- Jelaskan keuntungan dan kerugian masing-masing solusi</li> </ul>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
<p><b>D.0142 risiko infeksi.</b></p> <p>Definisi Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis (mis. Diabetes. Melitus).</li> <li>2. Efek prosedur invasi.</li> <li>3. Malnutrisi.</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.</li> <li>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gangguan peristaltik,</li> <li>b. Kerusakan integritas kulit,</li> <li>c. Perubahan sekresi ph,</li> <li>d. Penurunan kerja siliaris,</li> <li>e. Ketuban pecah lama,</li> <li>f. Ketuban pecah sebelum waktunya,</li> <li>g. Merokok,</li> <li>h. Statis cairan tubuh.</li> </ol> </li> <li>6. Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder :</li> </ol>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b></p> <p>Setelah melakukan pengkajian selama 3 × 24 jam integritas kulit / jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <p>Demam menurun 5 Nyeri menurun skala 1- 3 Kadar sel darah putih membaik 5</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p>Defenisi Mengidentifikasi dan menurunkan risiko tersrang organisme patogenik Tindakan Observasi:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> </ul>           Terapeutik  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Cuci tangan seblum dan sesudah kontang dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ul>           Edukasi  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>- Ajarkan etika batuk</li> <li>- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau lukaoperasi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul>           Kolaborasi  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ul> </p>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
a. Penurunan homolobin, b. Imununosupresi, c. Leukopenia, d. Supresi respon inflamasi, e. Vaksinasi tidak adekuat.		

kondisi klinis terkait

1. Aids.
2. Luka bakar.
3. Penyakit paru obstruktif.
4. Diabetes melitus.
5. Tindakan invasi.
6. Kondisi penggunaan terapi steroid.
7. Penyalahgunaan obat.
8. Ketuban pecah sebelum waktunya (kpsw).
9. Kanker.
10. Gagal ginjal.
11. Imunosupresi.
12. *Lymphedema*.
13. Leukositopedia.
14. Gangguan fungsi hati.

#### **D. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah atau status kesehatan yang dihadapinya kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan lingkungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, tindakan untuk keluarga pasien atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuahn pasien, faktor-faktor lain yang mempunyai kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Rohmah, N & Walid, S. 2014).

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Potter & Perry, 2013). Pada tahap ini perawat akan mengimplementasikan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan hasil pengkajian dan penegakkan diagnosis yang diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil sesuai yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan klien.

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPN, 2018). Penerapan implementasi keperawatan yang dilakukan perawat harus berdasarkan intervensi berbasis bukti atau telah ada penelitian yang dilakukan terkait intervensi tersebut. Hai ini dilakukan agar menjamin bahwa intervensi yang diberikan aman dan efektif. Dalam tahap implementasi perawat juga harus kritis dalam menilai dan mengevaluasi respon pasien terhadap pengimplementasian intervensi yang diberikan.

## **E. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap kelima dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien (Perry & Potter, 2013). Hal yang perlu diingat bahwa evaluasi merupakan proses kontinu yang terjadi saat perawat melakukan kontak dengan klien. Selama proses evaluasi perawat membuat keputusan-keputusan klinis dan secara terus-menerus mengarah kembali ke asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan adalah membantu klien menyelesaikan masalah kesehatan aktual, mencegah terjadinya masalah risiko, dan mempertahankan status kesehatan sejahtera. Proses evaluasi menentukan keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan.

Perawat dapat menggunakan format evaluasi SOAP untuk mengevaluasi hasil intervensi yang dilakukan. Poin S merujuk pada respon subjektif pasien setelah diberikan intervensi. Poin O melihat pada respon objektif yang dapat diukur pada pasien setelah dilakukannya intervensi. Poin A adalah analisis perawat terhadap intervensi yang dilakukan. Poin P adalah perencanaan terkait tindakan selanjutnya sesuai analisis yang telah dilakukan sebelumnya (Nursalam, 2016).

### C. WOC ( WEB Of Causation)

