

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia Pada Mual Pasien Kanker Kolorektal Dengan Kemoterapi

1. Konsep Gangguan Rasa Aman dan Nyaman

a. Definisi Aman dan Nyaman

Kenyamanan mengacu pada situasi dimana kebutuhan dasar manusia telah terpenuhi, khususnya kebutuhan akan ketentraman, ketenangan batin, perasaan lega karena kebutuhan telah tercapai, dan keadaan transenden, yaitu kondisi yang melampaui permasalahan sehari-hari. Perasaan nyaman dapat muncul ketika perawat memberikan dukungan dalam bentuk kekuatan, harapan, hiburan, dorongan, serta bantuan (Shinta *et al*, 2022).

b. Jenis Gangguan Rasa Aman dan Nyaman

Menurut Ruminem (2021) Gangguan rasa nyaman dibagi menjadi tiga yaitu:

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh dan merasakan sensasi tidak nyaman, perasaan tidak menyenangkan selama beberapa waktu.

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan

3) Mual

Mual merupakan keadaan individu mengalami sensasi tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak

c. Prinsip Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Menurut Ruminem (2021) kenyamanan dipandang secara holistik yang

mencakup empat aspek yaitu:

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- 2) Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- 3) Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna dan unsur alamiah lainnya

d. Manifestasi Klinik Gangguan Rasa Aman dan Nyaman

Faktor yang memengaruhi aman dan nyaman meliputi (Ruminem, 2021):

- 1) Emosi
Kondisi psikis dengan kecemasan, depresi, dan marah akan mudah memengaruhi keamanan dan kenyamanan
- 2) Status Mobilisasi
Status fisik dengan keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko cedera
- 3) Gangguan Persepsi Sensori
Adanya gangguan persepsi sensori akan memengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
- 4) Keadaan Imunitas
Daya tahan tubuh kurang memudahkan terserang penyakit
- 5) Tingkat Kesadaran
Tingkat kesadaran yang menurun, pasien koma menyebabkan respon terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.
- 6) Informasi atau Komunikasi

Gangguan komunikasi dapat menimbulkan informasi tidak diterima dengan baik.

7) Gangguan Tingkat Pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

8) Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

9) Status nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.

10) Usia

Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak- anak dan lansia memengaruhi reaksi terhadap nyeri

11) Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

12) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan memengaruhi cara individu mengatasi

2. Konsep Mual Pada Pasien yang Menjalani Kemoterapi

a. Definisi Mual

Nausea adalah sensasi yang mengganggu yang biasanya disertai dorongan untuk muntah, disertai gejala-gejala otonom seperti kulit terlihat lebih pucat, tubuh berkeringat, air liur bertambah, dan jantung berdetak lebih cepat (Weny *et al.*, 2023)

b. Fisiologi Mual

Mual adalah respon tubuh terhadap berbagai rangsangan yang melibatkan system saraf pusat dan perifer. Proses ini dimulai dengan aktivitas pusat muntah di otak, terutama di area postrema yang mendeteksi racun atau iritasi dalam darah. Pusat muntah berkoordinasi

dengan sistem pencernaan dan otot-otot tubuh memicu muntah (Gupta *et al.*, 2021). Mual melibatkan beberapa bagian tubuh, yaitu:

1) Zona Pemicu Kompreseptor (CTZ)

Terletak di otak, dengan pusat muntah di medulla oblongata

2) Saluran Pencernaan

Kemoreseptor pada mukosa saluran gastrointestinal merespon racun atau iritasi lambung dengan memicu muntah

3) Sistem Vestibular

Berperan dalam pengaturan keseimbangan, orientasi spasial dan gerakan tubuh

4) Pusat Kortikal dan Talamus

Terlibat dalam pengolahan proses mual

c. Klasifikasi Mual Kemoterapi

Menurut (Narsubhi, 2024) kemoterapi yang memicu mual dibagi menjadi tiga kategori berdasarkan waktu kemunculannya, yaitu:

1) *Acute* : Merupakan gejala mual yang terjadi kurang dari 24 jam.

2) *Delayed*: Saat timbulnya gejala mual setelah 24 jam sampai 6 hari setelah pemberian kemoterapi dan biasanya mengikuti fase akut

3) *Anticipatory*: Merupakan gejala mual yang terjadi sebelum kemoterapi diberikan.

d. Faktor-faktor yang Memengaruhi Mual

Menurut Mosa (2020) Adapun factor yang memengaruhi mual yaitu:

1) Jenis Kelamin

Wanita memiliki risiko lebih tinggi mengalami mual akibat kemoterapi.

2) Usia

Pasien dengan usia lebih muda berisiko lebih besar untuk mengalami mual setelah menjalani kemoterapi.

3) Obat Kemoterapi

Beberapa obat kemoterapi seperti atrasiklin, siklofosamid, karmustin, cisplatin, dakarbazin, diktinomisin, meklorethan dan

streptosotosin, diketahui dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya mual dan muntah.

4) Ketidakseimbangan Cairan dan Elektrolit

Kondisi hiperkalemia, dehidrasi dapat memicu mual dan muntah.

e. Pengukuran Mual

Terdapat 3 macam jenis pengukuran mual diantaranya:

- 1) *Baxter Retching Faces (BARF) Nausea Scale*
- 2) *Visual Analogue Scale (VAS) Nausea*
- 3) *Index Nausea, Vomiting and Retching*

f. Penatalaksanaan Mual

- 1) Kolaborasi pemberian farmakologi berupa obat-obatan antiemetik untuk mencegah muntah dan meminimalkan rasa mual selama dan setelah pemberian kemoterapi
- 2) Penanganan mual non farmakologi dapat berupa terapi musik dan relaksasi imajinasi terbimbing, distraksi kognitif dan akupresur

3. Konsep Kanker Kolorektal

a. Definisi Kanker Kolorektal

Kanker kolorektal merupakan keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon bagian terpanjang dari usus besar dan atau rektum bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus yang bermula dari pertumbuhan sel yang tidak ganas atau adenoma dalam stadium awal membentuk polip atau sel yang tumbuh dengan cepat (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Kanker kolorektal bersifat sporadis atau menyebar tidak merata akibat mutasi genetik yang diwariskan. Sebagian besar disebabkan oleh sindrom lynch (kanker usus besar *nonpolyposis hereditier* atau HNPCC) dan *polyposis adenomatosa familial* (FAP) (Menon, 2025)

b. Etiologi Kanker Kolorektal

Hingga saat ini etiologi kanker kolorektal masih belum diketahui secara pasti. Mutasi dari gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) adalah penyebab *Familial Adenomatous Polyposis* (FAP) yang

memengaruhi individu membawa resiko mengembangkan kanker usus besar. Menurut Sayuti (2019), banyak faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker kolorektal diantaranya:

1) Diet Tinggi Lemak, Rendah Serat

Salah satu faktor tertinggi dari kanker kolorektal yaitu perubahan diet pada masyarakat. Diet rendah serat dan tinggi lemak dapat meningkatkan risiko karsinoma kolorektal.

2) Usia

Umumnya kanker kolorektal menyerang lebih sering pada usia tua > 50 tahun (WHO, 2023). Peningkatan usia juga merupakan penyebab kanker dimana usia 45-55 tahun termasuk dalam kategori resiko tinggi berkaitan dengan perubahan perilaku dan pola makan yang tidak sehat.

3) Faktor Genetik

Apabila terdapat keluarga terdekat yang memiliki riwayat kanker kolorektal (orang tua, kakak, adik atau anak) maka berisiko untuk terkena kanker lebih besar.

4) Radang Usus

Colitis ulcerative atau penyakit *crohn* yang menyebabkan inflamasi atau peradangan pada usus dalam jangka waktu lama akan meningkatkan risiko terserangnya kanker.

5) Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor terjadinya kanker kolorektal. Laki-laki memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan perempuan, dikarenakan tidak adanya efek protektif hormon estrogen yang pada perempuan berperan melindungi mukosa usus dari proses karsinogenesis. Selain itu, laki-laki lebih sering terpapar faktor risiko seperti merokok, konsumsi alkohol, dan pola makan tidak sehat yang berkontribusi terhadap peningkatan risiko kanker kolorektal (Wu *et al.*, 2024)

c. Manifestasi Klinis Kanker Kolorektal

Menurut (Menon *et al*, 2025) manifestasi klinik kanker kolorektal yaitu:

- 1) Malformasi arteri dan vena yang berpotensi menimbulkan pendarahan rektal
- 2) Tumor karsinoid yang berasal dari sel neuroendokrin mukosa kolorektal dan sering menunjukkan gejala tidak spesifik seperti nyeri perut, perubahan pola buang air besar, perdarahan rektal atau tanda obstruksi usus.
- 3) Penyakit *crohn* yang dapat menimbulkan peradangan dan penyempitan usus sehingga menyerupai keganasan.
- 4) Limfoma gastrointestinal dapat bermanifestasi sebagai lesi massa atau menyebabkan obstruksi usus.
- 5) Iskemia usus yang ditandai dengan nyeri perut disertai tinja berdarah.
- 6) Ileus yang ditandai dengan obstruksi usus dan kurangnya peristaltik dapat menimbulkan gejala yang serupa kanker usus besar stadium lanjut.
- 7) Karsinoma usus halus yang menunjukkan gejala tidak spesifik, seperti nyeri perut dan obstruksi usus, menyerupai kanker usus besar.
- 8) Divertikulosis usus halus dapat menyebabkan nyeri perut dan pendarahan serta berhubungan dengan perubahan kebiasaan BAB
- 9) Kolitis ulseratif gejalanya mirip dengan gejala keganasan

Gejala klinis kanker kolorektal yang paling sering timbul adalah buang air besar (BAB) seperti perdarahan pada usus dengan ditemukan lender dan darah pada feses saat BAB, perubahan fungsi usus atau kebiasaan defekasi (diare atau sembelit) tanpa sebab yang jelas, rasa kolik pada abdomen bagian kiri bawah, perut terasa penuh meskipun sudah BAB (perasaan BAB yang belum tuntas), merasa Lelah terus menerus dan kembung.

d. Patofisiologi Kanker Kolorektal

Kanker kolorektal berkembang melalui proses bertahap akibat akumulasi perubahan genetik pada sel epitel usus besar yang normal hingga menjadi sel ganas. Proses ini berlangsung dalam waktu lama dan umumnya diawali dengan displasia, kemudian terbentuk adenoma, dan berakhir sebagai karsinoma invasif akibat gangguan pengendalian pertumbuhan, diferensiasi, dan kematian sel (Menon, 2025).

Perkembangan kanker kolorektal terjadi melalui beberapa jalur genetik utama, yaitu instabilitas kromosom, gangguan sistem perbaikan DNA, dan metilasi DNA berlebihan. Jalur instabilitas kromosom sering diawali oleh mutasi gen APC yang diikuti mutasi gen KRAS dan TP53 sehingga memicu proliferasi sel tidak terkendali. Gangguan perbaikan DNA menyebabkan penumpukan kesalahan genetik yang mempercepat pembentukan kanker, sedangkan metilasi DNA berlebihan mengakibatkan inaktivasi gen penekan tumor. Ketiga jalur tersebut berkontribusi terhadap terbentuknya kanker kolorektal dengan karakteristik biologis yang berbeda namun bermuara pada keganasan usus besar dan rektum.

e. Klasifikasi Kanker Kolorektal

Menurut Rafiyath (2024), klasifikasi atau stadium pada kanker kolorektal yaitu:

- 1) Stadium I: Muncul tumor terbatas hanya pada mukosa kolon
- 2) Stadium II: Tumor menyebar menembus dinding otot, belum metastase
- 3) Stadium III: Tumor menyebar dan melibatkan kelenjar limfe
- 4) Stadium IV: Metastase ke kelenjar limfe yang berjauhan dan ke organ lain

4. Konsep Kemoterapi

a. Definisi Kemoterapi

Kemoterapi adalah metode pengobatan kanker yang dilakukan melalui pemberian obat antineoplastik, baik dalam bentuk oral seperti tablet atau kapsul, maupun secara parenteral melalui infus, dengan

tujuan menghancurkan sel-sel kanker. Kemoterapi adjuvan merupakan kemoterapi yang diberikan setelah tindakan pembedahan, terutama pada pasien dengan risiko kekambuhan sedang hingga tinggi. Obat sitotoksik yang digunakan berfungsi untuk memusnahkan sisa sel kanker yang masih tertinggal, sehingga dapat menurunkan kemungkinan terjadinya kekambuhan (Risnah, 2020).

b. Dampak Kemoterapi

Menurut Risnah (2020) efek samping pasien kanker yang menjalani kemoterapi terbagi menjadi 2, diantaranya:

1) Dampak Fisik

- a) Neuropati perifer
- b) Alopecia (kerontokan rambut)
- c) Mual hingga muntah
- d) Konstipasi
- e) Berat badan menurun
- f) Fatigue (kelelahan)
- g) Nafsu makan menurun

2) Dampak Psikologis

a) Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan timbul akibat perubahan kognitif yang dipengaruhi oleh harapan akan perpanjangan hidup dan kesembuhan, namun dihadapkan pada efek samping pengobatan yang tidak diharapkan, seperti kerontokan rambut, mual muntah, perubahan warna kulit, diare kronis, pusing, dan kelelahan. Kondisi ini memicu penolakan yang menghambat motivasi pasien kanker akibat terganggunya fungsi kognitif dan kontrol emosi.

b) Kecemasan

Kecemasan merupakan kondisi psikologi yang ditandai oleh perasaan khawatir berkepanjangan akibat konflik batin, yang

pada penderita kanker sering muncul dalam bentuk ketakutan terhadap keterbatasan usia harapan hidup.

c) Harga Diri

Penderita kanker mengalami perubahan dalam konsep diri. Penurunan harga diri terjadi seiring dengan berkurangnya fungsi fisik, yang dapat menimbulkan masalah baru berupa ketidakmampuan pasien dalam merawat diri serta kesulitan menampilkan diri secara efektif.

d) Depresi

Depresi merupakan kondisi gangguan fungsi psikologis yang ditandai oleh perasaan sedih disertai perubahan pola tidur dan nafsu makan, gangguan motorik dan konsentrasi, kelelahan, serta perasaan putus asa dan tidak berdaya.

c. Penatalaksanaan Kemoterapi

Menurut Risnah (2020), penatalaksanaan efek samping kemoterapi terbagi menjadi 2 yaitu;

1) Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi pada pasien yang menjalani kemoterapi dilakukan melalui pemberian obat-obatan sesuai dengan efek samping yang muncul dan program medis yang ditetapkan. Mual dan muntah ditangani dengan pemberian antiemetik untuk menekan rangsangan pusat muntah. Gangguan eliminasi seperti diare dan konstipasi dapat diatasi dengan pemberian obat anti diare atau laksatif sesuai indikasi. Penurunan nafsu makan dan kelelahan dapat ditangani secara kolaboratif melalui terapi suportif, sementara gangguan psikologis seperti kecemasan dan depresi dapat diberikan farmakoterapi bila diperlukan sesuai evaluasi tenaga kesehatan. Pemberian terapi farmakologi bertujuan untuk mengurangi gejala, mencegah komplikasi, dan mendukung keberlangsungan terapi kemoterapi.

2) Non Farmakologi

Penatalaksanaan nonfarmakologi dilakukan sebagai intervensi keperawatan yang berfokus pada peningkatan kenyamanan dan kualitas hidup pasien tanpa penggunaan obat. Upaya ini meliputi pengaturan pola makan porsi kecil dan sering untuk mengurangi mual, teknik relaksasi napas dalam, distraksi, serta akupresur titik Perikardium 6. Kelelahan dikelola melalui manajemen energi dengan menyeimbangkan aktivitas dan istirahat serta mendorong aktivitas fisik ringan sesuai toleransi. Perubahan fisik seperti kerontokan rambut dan gangguan kulit ditangani melalui edukasi perawatan diri dan dukungan psikososial. Selain itu, komunikasi terapeutik, *guided imagery*, dan dukungan keluarga berperan penting dalam membantu pasien mengatasi kecemasan, depresi, dan ketidakberdayaan selama menjalani kemoterapi.

5. Konsep Akupresur

a. Definisi Akupresur

Akupresur adalah metode pengobatan tradisional, dilakukan dengan memberikan tekanan pemijatan pada titik-titik tertentu. Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah serta merangsang energi tubuh untuk mendukung proses penyembuhan dan meningkatkan Kesehatan (Harjanti *et al.*, 2021).

b. Manfaat Akupresur

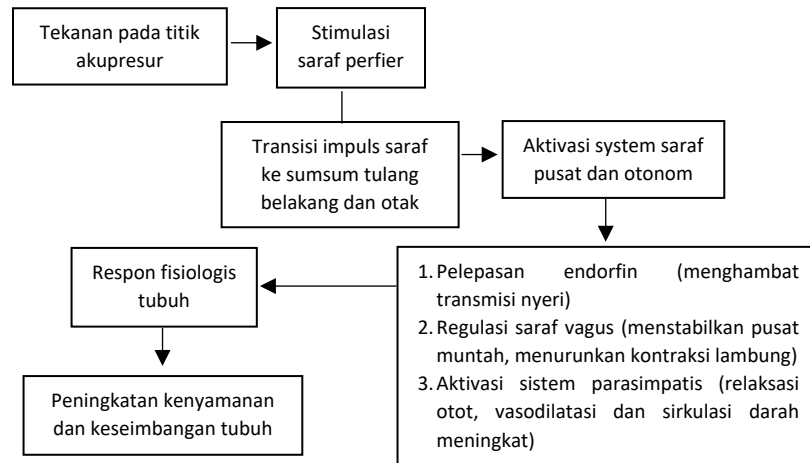
Akupresur dapat memberikan efek positif bagi tubuh, selain untuk mendukung proses penyembuhan dan meningkatkan kesehatan, akupresur memiliki beberapa manfaat lain diantaranya (Chenbing *et al.*, 2023):

1) Melancarkan peredaran darah

Akupresur dapat meningkatkan peredaran darah dalam tubuh dengan memberikan rangsangan atau tekanan pada titik tertentu di

tubuh yang dapat merangsang sirkulasi darah. Tekanan tersebut dapat membantu pembuluh darah lebih rilek

2) Mengatasi nyeri, mual muntah, kelelahan



Gambar 2. 1 Mekanisme Kerja Akupresur

3) Menenangkan pikiran

Teknik akupresur pada titik tertentu seperti di kepala dan tangan dapat menstimulasi saraf parasimpatik sehingga memberikan efek relaksasi yang signifikan.

4) Mencegah penyakit tertentu

Dengan menjaga keseimbangan energi dalam tubuh akupresur diyakini dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh dan mencegah timbulnya penyakit.

5) Mengatasi keluhan dan penyakit ringan

Akupresur banyak ditemui untuk mengatasi berbagai keluhan seperti sakit kepala, sakit punggung dan insomnia. Akupresur bekerja dengan meredakan ketegangan otot dan memperbaiki sirkulasi.

c. Efek Akupresur

1) Efek samping ringan

Individu dapat merasakan ketidaknyamanan apabila tekanan yang dilakukan terlalu kuat.

2) Reaksi emosional

Memicu reaksi emosional seperti tangisan yang merupakan respon normal terhadap relaksasi yang mendalam.

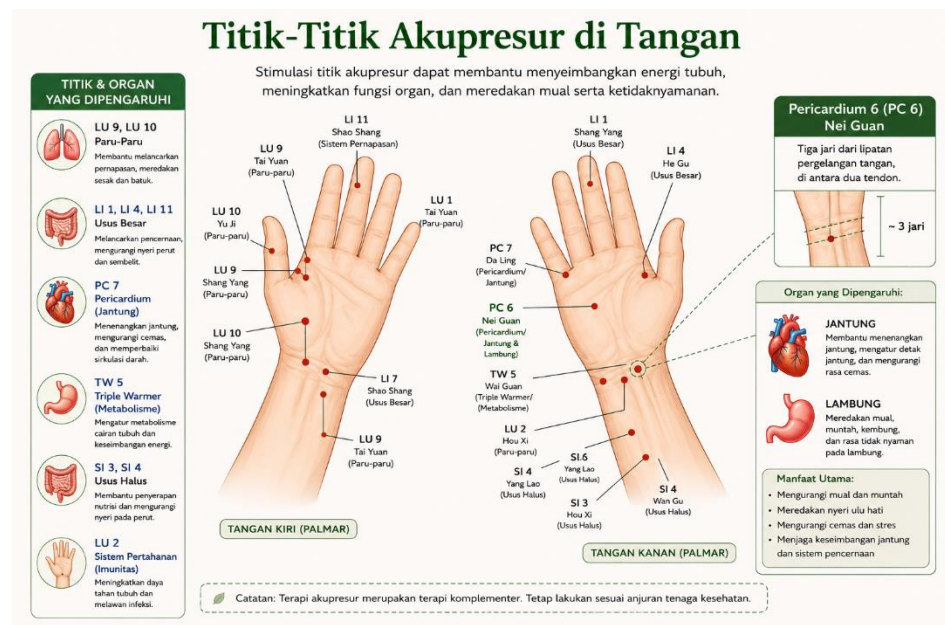
3) Ketergantungan

Beberapa orang merasa perlu melakukan akupresur secara teratur untuk mempertahankan manfaatnya.

4) Kontraindikasi

Tidak disarankan untuk individu dengan kondisi tertentu seperti infeksi, luka terbuka, atau masalah kulit.

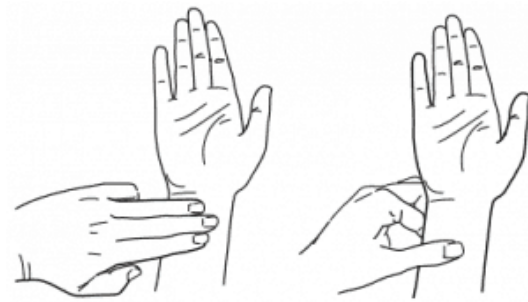
d. Titik-Titik Akupresur



Gambar 2. 2 Titik-Titik Akupresur
(Sumber: Alhusamiah *et al.*, 2024)

Gambar tersebut menunjukkan titik-titik akupresur yang terdapat pada tangan, dengan penekanan khusus pada titik Perikardium VI atau Neiguan yang terletak sekitar tiga jari dari lipatan pergelangan tangan bagian dalam, di antara dua tendon. Titik ini dikenal memiliki peran dalam membantu mengurangi mual dan muntah, sehingga sering digunakan sebagai terapi nonfarmakologi pada pasien yang menjalani kemoterapi.

e. Teknik Akupresur



Gambar 2. 3 Titik Akupresur Perikardium VI
(Sumber: Wicaksono *et al.*, 2023)

Teknik akupresur yang efektif untuk meredakan mual adalah dengan menekan titik Perikardium 6 (PC6) atau Neiguan. Titik ini berada di bagian dalam pergelangan tangan, sekitar 3 cm di atas lipatan tanga, dan terletak di antara dua tendon (Khayati *et al.*, 2022).

- 1) Buka telapak tangan dan genggam dengan jari-jari terbuka
 - 2) Letakkan tiga jari pertama secara horizontal di area titik nadi dibawah telapak tangan
 - 3) Tempatkan ibu jari di titik tersebut, kemudian tekan dan pijat dengan tekanan yang kuat selama beberapa menit
 - 4) Ulangi prosedur secara bergantian antara tangan kanan dan kiri
- f. Standar Operasional Prosedur Akupresur Perikardium VI

Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	
Pengertian	Akupresur diartikan sebagai menekan titik-titik penyembuhan menggunakan jari secara bertahap yang merangsang kemampuan tubuh untuk penyembuhan diri secara alami.
Tujuan	Akupresur dapat digunakan untuk mengatasi mual muntah pada pasien kemoterapi.
Prosedur	1. Persiapan Responden
Pelaksanaan	a. Pasien sebaiknya dalam keadaan berbaring, duduk atau dalam posisi yang nyaman. b. Pasien dalam keadaan rileks, tidak emosional (marah, takut, terlalu gembira atau sedih), terlalu lapar atau terlalu kenyang.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

2. Persiapan Terapis

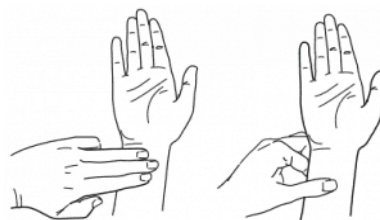
- a. Sebelum melakukan akupresur mencuci tangan terlebih dahulu, kuku jari tidak boleh Panjang dan tajam.
- b. Pemijatan dalam keadaan bebas bergerak dengan posisi
- c. Pemijatan dalam keadaan bebas bergerak dengan posisi yang nyaman sehingga bisa melakukan pemijatan dengan bebas dan tepat.
- d. Menggunakan alat bantu pijat tidak tajam, tidak menyakitkan dan bersih. Dalam hal ini peneliti melakukan pemijatan dengan menggunakan ibu jari
- e. Pemijatan dalam keadaan bebas bergerak dengan posisi yang nyaman sehingga bisa melakukan pemijatan dengan bebas dan tepat.
- f. Menggunakan alat bantu pijat tidak tajam, tidak menyakitkan dan bersih. Dalam hal ini peneliti melakukan pemijatan dengan menggunakan ibu jari.

3. Persiapan Lingkungan

- a. Ruangan tempat pemijatan hendaknya tidak pengap dan mempunyai sirkulasi yang baik.
- b. Pemijatan dilakukan di tempat yang bersih

4. Fase Kerja

- a. Pijat pada daerah atau titik akupresur.
- b. Cari titik PC6 yang berada di daerah pergelangan tangan yaitu 3 jari dari daerah distal pergelangan tangan antara dua tendon (flexor carpi radialis dan otot palmaris longus).



- c. Jumlah pijatan menyesuaikan dengan kondisi yang dialami pasien. Apabila kondisi energi dalam tubuh lemah, maka pijatan dikuatkan dengan jumlah pijatan 30 kali. Apabila kondisi energi yang ada dalam tubuh
-

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

terlalu kuat, maka dilemahkan dengan jumlah pijatan 50 kali.

5. Fase Terminasi

- a. Melakukan evaluasi tindakan.
 - b. Mencuci tangan.
 - Dokumentasi tindakan.
-

Sumber: (Asmirajanti, 2019)

B. Hasil Review Literatur

Review literatur digunakan untuk mengidentifikasi dan menganalisis bukti ilmiah yang relevan sebagai bahan dasar penyusunan pertanyaan klinis menggunakan PICO/T, sehingga mendukung penerapan praktik keperawatan berbasis bukti dalam asuhan keperawatan pada pasien kanker.

1. Pernyataan Klinis (PICO/PICOT)

PICO/T berisi tentang rumusan pertanyaan klinis sebagai berikut:

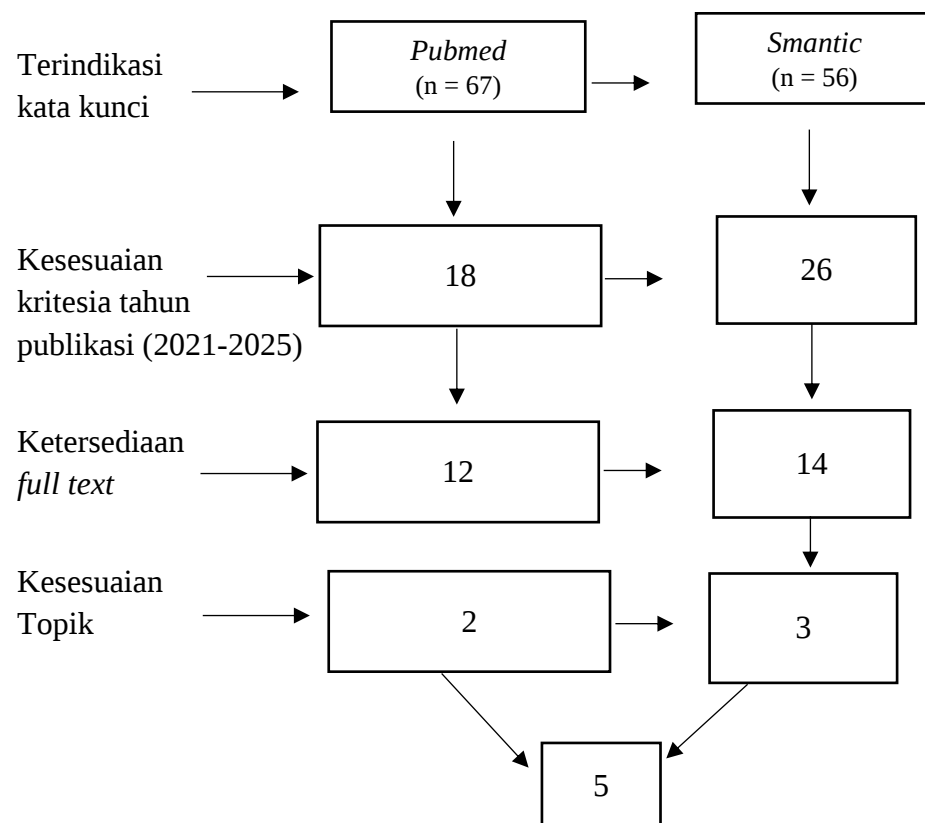
- c. *Problem*: Mual pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi
- d. *Intervention*: Akupresur
- e. *Comparison*: Tidak ada intervensi pembandingan
- f. *Outcome*: Mual menurun
- g. *Time*: Sehari 2 kali selama 3 hari

Berdasarkan PICO/T tersebut, maka didapatkan rumusan pertanyaan klinis dari permasalahan yang ditemukan yaitu “Apakah akupresur dapat menurunkan mual pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi?”

2. Metode Penelusuran Evidence

Pencarian artikel dengan menggunakan jurnal sudah terpublikasi baik nasional maupun internasional dengan batasan terbit 2021 sampai 2025 atau lima tahun terakhir dengan kata kunci *nausea, acupresure, cancer, chemotherapy*. Penelusuran artikel diperoleh secara elektronik dengan menggunakan *database: pubmed dan smantic schoolar*. Hasil penelusuran melalui *pubmed* didapatkan 67 artikel yang sesuai dengan kata kunci. Dilakukan penyesuaian tahun dalam rentang waktu 5 tahun

terakhir (2021-2025) di dapatkan 18 artikel. Pencarian artikel yang mendapat *free* akses dan *full text* terdapat 12 artikel. Dilakukaan telaah lebih lanjut terkait dengan kesesuaian topik di dapatkan 2 artikel. Hasil penelusuran melalui *smantic schoolar* didapatkan 56 artikel yang sesuai dengan kata kunci. Dilakukan penyesuaian tahun dalam rentang waktu 5 tahun terakhir (2021-2025) di dapatkan 26 artikel. Pencarian artikel yang mendapat *free* akses dan *full text* terdapat 14 artikel. Dilakukaan telaah lebih lanjut terkait dengan kesesuaian topik di dapatkan 3 artikel.



Gambar 2. 4 Hasil Penelusuran EBN

3. Hasil Literature Review

Tabel 2. 2 Hasil Literature Review

No.	Judul	Data Base	Desain	Population	Intervention	Comparison	Outcome	Time
1.	<i>Effect of ginger and PC6 acupressure on chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized controlled study</i> (Chenbing et al., 2023)	Pubmed	RCT	172 responden yang terdiagnosa kanker	Akupresur PC6 diberikan pada titik 3 jari diawah pergelangan tangan	Minuman Jahe	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok akupresur dan terjadi perbaikan yang signifikan pada mual dan muntah akut, mual, muntah, serta muntah tertunda, yang mengalami penurunan dari kisaran skala sedang (4–6) menjadi skala ringan (2–3) ($P < 0,05$). Selain itu, indeks hidup fungsional–muntah dan kepuasan.	selama 10 menit, dilakukan 30 menit sebelum kemoterapi

No.	Judul	Data Base	Desain	Population	Intervention	Comparison	Outcome	Time
							pengobatan juga menunjukkan peningkatan yang bermakna pada kelompok tersebut.	
2.	Terapi akupressure PC6 dapat menurunkan mual muntah pada pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi (Dhamanik <i>et al.</i> , 2023)	Smantic scholar	<i>Case report</i> dengan <i>multycase study</i> dengan pendekatan proses asuhan keperawatan.	2 Pasien yang terdiagnosa kanker payudara stadium III dan IV di RSUP Dr. Karyadi Semarang	Dilakukan penekanan akupresur pada pergelangan tangan di titik PC6	-	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum kemoterapi, 4 ada pasien ke-1 jam setelah kemoterapi terjadi penurunan dan 12 jam setelah kemoterapi. Dilakukan dari skala 16 menjadi kemoterapi. Dilakukan 14 dengan kategori penekanan pada titik (tetap sedang), pada tersebut selama 3 pasien ke-2 terjadi menit penurunan skala 12 menjadi 8 (dari sedang menjadi ringan)	selama 30 menit
3.	<i>The effecttiveness of acupressure on nausea and vomiting among</i>	Smantic scholar	<i>quasi experimental study</i>	11 pasien yang terdiri dari pasien kanker Cervical, Rectal,	Dilakukan akupresur PC6 pada pergelangan tangan	-	Hasil penelitian menunjukkan terdapat penurunan tingkat mual pada	selama 2-5 hari setelah kemoterapi

No.	Judul	Data Base	Desain	Population	Intervention	Comparison	Outcome	Time
	<i>patients with cancer receiving chemotherapy in east kalimantan (Sulistyarini et al., 2023)</i>			Brain, Colon, Breast, Nasopharynx yang sedang menjalani kemoterapi di Cancer Shelter Kalimantan Timur		-	kelompok yang diberikan akupresur yaitu sebelum diberikan akupresur tingkat mual pada skala 4, sedangkan setelah diberikan akupresur tingkat mual menurun menjadi skala 2. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi penurunan tingkat mual (skala tetap)	
4.	<i>The Effectiveness of PC6 and Auricular Acupressure as a Complimentary Therapy in Chemotherapy-Induced Nausea and</i>	Smantic schoolar	Systematic Review	300 responden penderita kanker yang menjalani kemoterapi	Akupresur PC6 dan auricular	-	Hasil penelitian menunjukkan terjadi penurunan dari pemberian akupresur dan terbukti efektif dalam	Dilakukan selama 10-15 menit

No.	Judul	Data Base	Desain	Population	Intervention	Comparison	Outcome	Time
	<i>Vomiting Among Patients With Cancer: Systematic Review (Alhusamiah., 2024)</i>						menurunkan mual sedang menjadi mual riingan	
5.	The effect of digital acupressure on chemotherapy-induced nausea in Indonesian patients with stages III-IV breast cancer (Wicaksono <i>et al.</i> , 2023)	Pubmed	RCT	42 pasien kanker payudara uang menjalani kemoterapi di RS Saiful Anwar, Malang	Akupresur dilakukan pada pergelangan tagan kira kira 5 cm dari titik proksimal	Pengobatan standar menggunakan antiemetik	Hasil penelitian menunjukkan bahwa frekuensi mual pada kelompok eksperimen yang mendapatkan akupresur secara signifikan lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol (p < 0,0001). Yang semula skala 4 menurun menjadi skala 2	Dilakukan 1 kali intervensi selama 10 menit setelah menjalani kemoterapi

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Kolorektal Yang Menjalani Kemoterapi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses asuhan keperawatan. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi kesehatan (Olsen *et al.*, 2019). Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi berdasarkan kondisi pasien, meliputi:

a. Identitas Klien

Didalam identitas klien ini meliputi nama, usia, no.register, agama, alamat, pendidikan terakhir, pekerjaan, status perkawinan, suku bangsa.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Alasan masuk rumah sakit, waktu kejadian, hingga masuk rumah sakit. 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.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu dikaji untuk mendapatkan data mengenai penyakit yang pernah diderita oleh klien. Perawatan yang pernah dialami dan penyakit lain seperti diabetes melitus, hipertensi, dan lain-lain.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga dikaji untuk mengetahui data mengenai penyakit yang pernah dialami oleh anggota keluarga.

c. Riwayat psikososial

Dalam riwayat psikososial ini meliputi persepsi dan harapan klien, persepsi dan harapan keluarga, interaksi dan komunikasi, pertahanan diri, nilai dan kepercayaan, pengakjian konsep diri, dan juga genogram.

d. Pola kesehatan sehari – hari

Pola – pola kesehatan sehari – hari sebelum sakit dan saat sakit meliputi pola nutrisi, eliminasi BAB/BAK, istirahat, personal hygiene, dan aktivitas.

e. Pemeriksaan fisik: data fokus

1) Kepala leher

Pada umumnya tidak ada kelainan pada kepala, kadang ditemukan pembesaran kelenjar getah bening.

2) Mata

Biasanya pada pasien dengan kanker kolorektal mengalami anemis konjungtiva.

3) Hidung

Pada pemeriksaan hidung secara umum tidak tampak mengalami sesak nafas dan cupping hidung

4) Mulut

Biasanya pada mulut pasien kanker kolorektal mukosa bibir kering

5) Thorax

Pada pasien kanker kolorektal hasil palpasi pergerakan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan dan kiri, hasil perkusi suara sonor pada kedua paru, suara redup ada batas paru dan hepar, hasil auskultasi suara napas tambahan seperti ronkhi, mengi, wheezing, dan stridor.

6) Abdomen

Hasil inspeksi apakah abdomen buncit atau datar, umbilicus menonjol atau tidak, apakah ada benjolan/massa pada abdomen, luka jejas, lesi. Hasil auskultasi suara peristaltic usus nilainya normal 3-12 kali/menit. Hasil palpasi nyeri tekan pada abdomen, teraba massa pada abdomen. Hasil perkusi suara normal timfani, jika ada massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinary, tumor).

7) Kulit

Pada pasien yang kekurangan darah karena mengalami perdarahan kulit akan tampak pucat atau sianosis, kulit terasa dingin.

8) Ekstremitas

Pada ekstremitas akral terasa dingin bahkan CRT > 2 detik karena kurangnya suplai darah, edema tidak ada, jari-jari lengkap dan utuh, *clubbing finger* jika terjadi metastasis pada paru.

f. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium Klinis

Pemeriksaan laboratorium pada kanker kolorektal dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis serta memantau perkembangan dan kekambuhan penyakit. Pemeriksaan rutin meliputi pemeriksaan darah lengkap, kadar hemoglobin, elektrolit, dan pemeriksaan feses. Anemia dan gangguan elektrolit seperti hipokalemia dapat ditemukan akibat perdarahan kecil yang berlangsung lama, sedangkan perdarahan tersembunyi dapat dideteksi melalui pemeriksaan feses.

2) Pemeriksaan Laboratorium Patologi Anatomi

Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi pada kanker kolorektal adalah terhadap bahan yang berasal dari tindakan biopsi saat kolonoskopi maupun reseksi usus.

3) Radiologi

Pemeriksaan radiologi pada kanker kolorektal meliputi foto abdomen dan pemeriksaan kontras, terutama barium *enema double* kontras yang efektif mendeteksi polip berukuran >1 cm. Pemeriksaan ini dapat menjadi alternatif kolonoskopi pada pasien tertentu dan berguna untuk pemantauan jangka panjang. *CT scan*, *MRI*, dan *endoscopy ultrasound* digunakan untuk penentuan stadium dan evaluasi lanjutan

4) Kolonoskopi

Kolonoskopi digunakan untuk melihat seluruh permukaan mukosa kolon dan rektum dengan menggunakan alat berupa selang lentur

berkamera. Pemeriksaan ini memiliki tingkat akurasi tinggi dalam mendeteksi polip kecil (<1 cm), yaitu sekitar 94%, sehingga lebih akurat dibandingkan barium enema. Selain untuk diagnosis, kolonoskopi juga dapat digunakan untuk tindakan biopsi, pengangkatan polip, menghentikan perdarahan, dan melebarkan penyempitan usus.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI, 2018) beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien kanker kolorektal yang menjalani kemoterapi adalah:

- a. Nausea berhubungan dengan tindakan kemoterapi dibuktikan dengan keluhan mual, merasa ingin muntah, dan tidak berminat makan (SDKI D.0076).
- b. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan (misalnya pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi) dibuktikan dengan mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh, respons nonverbal seperti menunduk, sulit kontak mata, dan perubahan dalam hubungan sosial (SDKI D.0083).
- c. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan keluhan nyeri, merasa tertekan, tampak meringis, gelisah, dan tidak mampu menuntaskan aktivitas (SDKI D.0078)
- d. Diare berhubungan dengan malabsorpsi dibuktikan dengan defekasi lebih dari 4 kali dalam 24 jam dan feses lembek (SDKI: D.0020).
- e. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan merasa bingung, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, dan tampak tegang (SDKI: D.0080).
- f. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko penyakit kronis (misalnya kanker kolorektal) (SDKI: D.0142).
- g. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme dibuktikan dengan adanya riwayat disfagia dan kondisi penyakit kronis (SDKI: D.0032).

3. Luaran dan Intervensi Keperawatan

Luaran disusun berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan intervensi keperawatan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Intervensi keperawatan merupakan segala tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

Tabel 2. 3 Luaran dan Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Nausea berhubungan dengan tindakan kemoterapi dibuktikan dengan keluhan mual, merasa ingin muntah, dan tidak berminat makan (SDKI D.0076).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... pertemuan diharapkan tingkat mual menurun dengan kriteria hasil: 1. Perasaan ingin muntah menurun (SLKI L.08065)	Manajemen Mual (SIKI I.03117) Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, 4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 6. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Terapeutik 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) 3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			5. Berikan terapi non farmakologis untuk mengatasi mual (akupresur PC6) (Apriyanti <i>et al</i> , 2022) Edukasi 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
2.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan (misalnya pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi) dibuktikan dengan mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh, respons nonverbal seperti menunduk, sulit kontak mata, dan perubahan dalam hubungan sosial (SDKI D.0083).perasaan negatif tentang perubahan tubuh, respons nonverbal seperti menunduk, sulit kontak mata, dan perubahan dalam hubungan sosial (SDKI D.0083).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... pertemuan diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil: 1. Melihat bagian tubuh membaik 2. Menyentuh bagian tubuh membaik 3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik 4. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik 5. Menyentuh bagian tubuh membaik 6. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik 7. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik (SLKI L.09067)	Promosi Citra Tubuh (SIKI I.09305) Observasi 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin dan umur 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 4. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 5. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 6. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Terapeutik 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan, dan penuaan 4. Diskusikan kondisi stress yang memengaruhi citra tubuh (mis: luka)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh Anjurkan menggunakan alat bantu (mis: pakaian, wig, kosmetik) 3. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya) 4. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 5. Latih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan) 6. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya) 7. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis: kelompok sebaya) 8. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 9. Latih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan) 10. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
3.	Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dibuktikan dengan keluhan nyeri, merasa tertekan, tampak meringis, gelisah, dan tidak mampu menuntaskan aktivitas (SDKI D.0078)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... pertemuan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Perasaan depresi menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (SIKI I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		5. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (SLKI L.08066)	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
4.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan merasa bingung,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... pertemuan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan	Dukungan Emosional (SIKI I.09256) Observasi 1. Identifikasi fungsi marah,

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
4.	sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, dan tampak tegang (SDKI: D.0080).	kriteria hasil: 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Konsentrasi membaik (SLKI L.09093)	frustrasi, dan amuk bagi pasien 2. Identifikasi hal yang telah memicu emosi Terapeutik 1. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka 2. Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka 3. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. merangkul, menepuk-nepuk) 4. Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu 5. Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah Edukasi 1. Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih) 3. Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan 4. Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat Kolaborasi 1. Rujuk untuk konseling, jika perlu
5.	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme dibuktikan dengan adanya riwayat disfagia dan kondisi penyakit kronis (SDKI: D.0032).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... pertemuan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		(SLKI L.03030)	penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan <u>suplemen makanan</u>, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1. Ajarkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

4. Implementasi

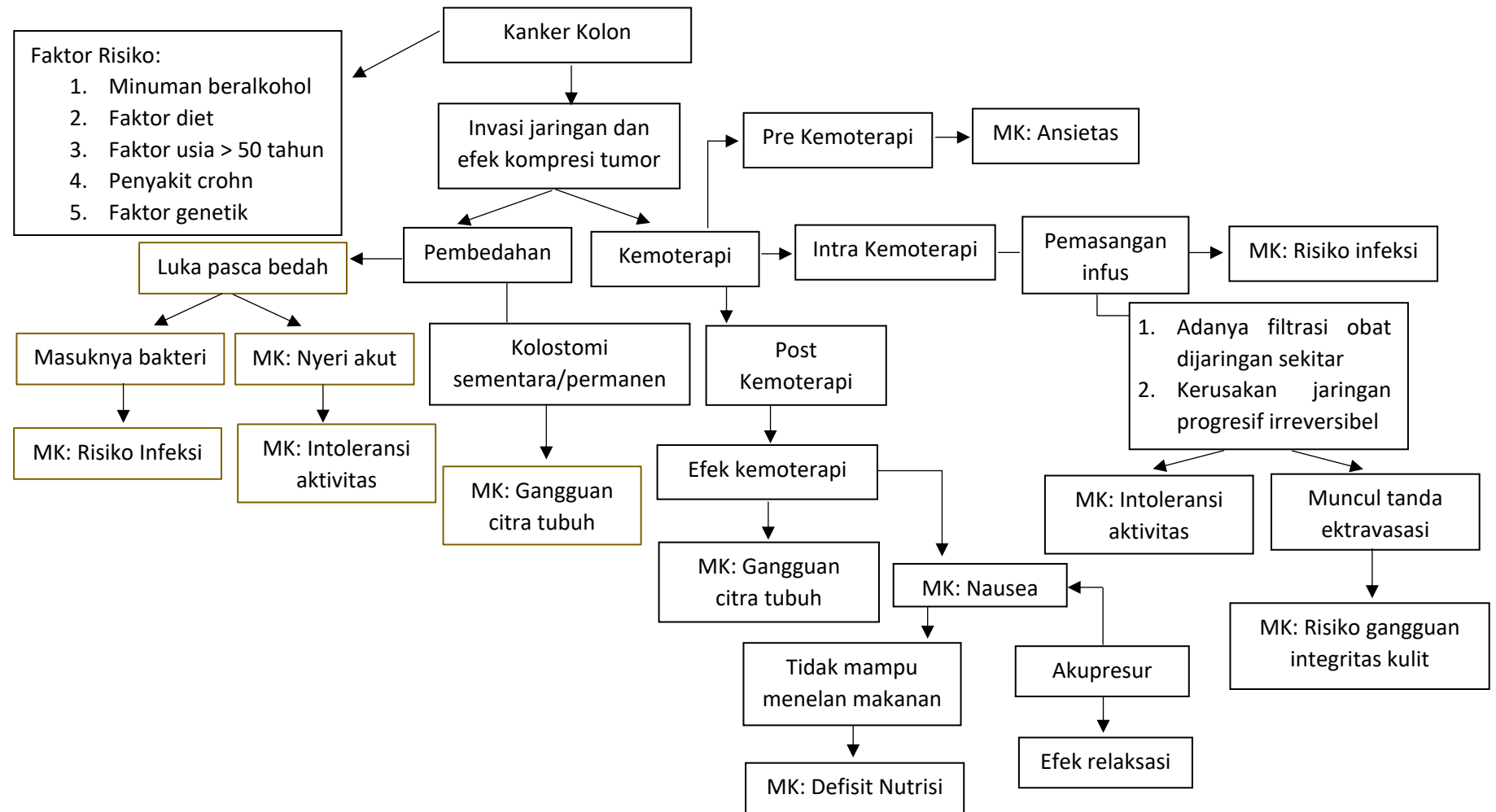
Merupakan rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan yang dialami agar mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik diterapkan untuk mengubah faktor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien dengan harapan dapat mendukung klien dalam

mencapai sasaran yang telah ditetapkan termasuk peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, serta proses pemulihan.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima atau proses keperawatan terakhir yang berupaya untuk membandingkan tindakan yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi keperawatan bertujuan menentukan apakah seluruh proses keperawatan sudah berjalan dengan baik dan tindakan berhasil dengan baik yang kemudian didokumentasikan menggunakan format SOAP, yang meliputi data subjektif, data objektif, penilaian (*assessment*), dan perencanaan (*planning*).

D. Web of Causation (WOC)



Gambar 2. 5 Web of Causation