**BAB II**

**TINJAU PUSTAKA**

* 1. **KONSEP CARSINOMA NASAFARING** 
     1. **Definisi**

Carsinoma Nasofaring adalah Tumor Ganas yang tumbuh di daerah nasofaring dengan prediksi difosa Rosenmuller dan atap nasofaring. Letaknya kadang tersembunyi dan berhubungan dengan banyak daerah vital sehingga diagnosa dini sulit untuk ditegakkan (Peraturan Penatalaksanaan Kanker Nasofaring dari Kementrian Kesehatan RI).

* + 1. **Etiologi**

Penyebab timbulnya carsinoma nasofaring masih belum jelas. Namun banyak yang berpendapat bahwa berdasarkan penelitian-penelitian epidemiologik dan eksperimental, ada lima faktor yang mempengaruhi yakni:

1. Faktor genetik (banyak pada suku Tionghoa/ras mongolid).
2. Faktor virus (virus Eipstein Barr).
3. Faktor lingkungan (polusi asap kayu bakar, atau bahan karsinogenik misalnya asap rokok.
4. Iritasi menahun : nasofaringitis kronis disertai rangsangan oleh asap, alcohol.
5. Hormonal: adanya estrogen yang tinggi dalam tubuh.

Menurut Sjamsuhidajat cetakan I (2012), buku ajar ilmu bedah yangmenyebabkan terjadinya carsinoma nasofaring yaitu Virus Eipstein Barr yang masuk pada mediator-mediator dibawah ini:

1. Kebiasaan makan yaitu mengkonsumsi ikan asin secara terus -menerus, karena adanya zat nitrosamine sebagai mediator.
2. Keadaan sosial ekonomi yang rendah, lingkungan dan kebiasaan hidup. Dikatakan bahwa udara yang penuh dengan asap di rumah-rumah yang kurang baik ventilasinya di Cina, Indonesia, dan Kenya, dan juga pembakaran dupa di rumah-rumah di Hongkong.
3. Adanya kontak dengan zat karsinogen seperti benzopyrenen, benzoanthracene, gas kimia, asap industri, asap kayu.
4. Adanya radang kronis daerah nasofaring yang dapat menjadikan rentan terhadap karsinogen lingkungan.
   * 1. **Klasifikasi TNM**

Menurut AJCC edisi 7 2010, Panduan Penatalaksanaan Kanker Nasofaring, pembagian TNM adalah sebagai berikut:

1. T1 = Tumor terbatas pada satu sisi nasofaring.
2. T2 = Tumor terdapat lebih dari satu bagian nasofaring.
3. T3 = Tumor menyebar ke rongga hidung atau orofaring.
4. T4 = Tumor menyebar ke endokranium atau mengenai syaraf otak.
5. Nl = Metastatis ke kelenjar getah bening pada sisi yang sama, mobil, soliter dan berukuran kurang/sama dengan 3 cm.
6. N2 = Metastatis pada satu kelenjar pada sisi yang sama dengan ukuran lebih dari 3 cm tetapi kurang dari 6 cm, atau multiple dengan ukuran besar kurang dari 6 cm, atau bilateral/kontralateral dengan ukuran terbesar kurang dari 6 cm.
7. N3 = Metastatis ke kelenjar getah bening ukuran lebih besar dari 6 cm.
8. MO = Tidak ada metastatis jauh.
9. Ml = Didapatkan metastasis jauh.

Penentuan Stadium :

1. Stadium I Tl N0 MO
2. Stadium n T2 N0 MO
3. Stadium UI T3 N0 MO
4. T1-3N1M0
5. Stadium IV T4 N0 - l MO
6. Semua T N2-3 MO
7. Semua T Semua N M1
   * 1. **Patofisiologi**

Pada Kanker Nasofaring ini disebabkan oleh virus Epstein-Barr melalui mediator ikan asin, makanan yang diawetkan (mengandung nitrosamine), kontak dengan zat karsinogen (asap industry, gas kimia) dan juga dapat dikarenakan radang kronis daerah nasofaring. Setelah itu, virus masuk berkembang biak kemudian menyerang bagian telinga dan hidung khususnya. Dengan hidupnya virus Epstein-Barr didaerah nasofaring (dekat telinga dan hidung), membuat sel-sel kanker berkembang biak sehingga membuat terjadinya sumbatan atau obstruksi pada saluran tuba eusthacius dan hidung. Sumbatan yang terjadi dapat menyebabkan baik gangguan pendengaran maupun gangguan penghidu, sehingga merupakan gangguan persepsi sensori.

* + 1. **Lokasi**

Lokasi ditemukan carsinoma nasofaring biasanya adalah :

1. Fossa Rosenmulleri
2. Sekitar tuba Eustachius
3. Dinding belakang nasofaring
4. Atap nasofaring
   * 1. **Tanda dan Gejala**
5. Gejala Setempat Gejala Hidung
6. Pilek dari satu atau kedua lubang hidung yang terus-menerus/kronis
7. Lendir dapat bercampur darah atau nanah yang berbau
8. Epistaksis dapat sedikit atau banyak dan berulang
9. Dapat juga hanya berupa riak campur darah
10. Obstruksio nasi unilateral atau bilateral bila tumor tumbuh secara eksofilik
11. Gejala Karena Metastasis Melalui Aliran Getah Bening

Terjadi pembesaran kelenjar leher yang terletak dibawah ujung planum mastoid,di belakang ungulus mandibula, medial dari ujung bagian atas muskulus sternokleidomastoideum, bias unilateral dan bilateral. Pembesaran ini disebut colli.

1. Gejala Karena Metastasis Melalui Aliran Darah

Akan terjadi metastasis jauh yaitu paru-paru, ginjal, limpa, tulang dan sebagainya. Gejala di atas dapat dibedakan antara :

1. Gejala Dini: Merupakan gejala yang dapat timbul waktu tumor masih tumbuh dalam batas-batas nasofaring, jadi berupa gejala setempat yang disebabkan oleh tumor primer (gejala-gejala hidung dan gejala-gejala telinga seperti diatas).
2. Gejala lanjut: Merupakan gejala yang dapat timbul oleh karena tumor telah tumbuh melewati batas nasofaring, baik berupa metastasis ataupun infiltrasi dari tumor
3. Sebagai pedoman

Ingat akan adanya tumor ganas nasofaring bila dijumpai TRIAS :

1. Tumor colli, gejala telinga, gejala hidung.
2. Tumor colli, gejala intracranial (syaraf dan mata), gejala hidung dan telinga.
3. Gejala Intrakranial, gejala hidung dan telinga.
4. Pemeriksaan penunjang.

Dapat Dilakukan Pemeriksaan Diantaranya Yaitu :

1. Foto tengkorak, yaitu foto bagian/potongan anteriposterior, lateral, dan waters menunjukkan massa jaringan lunak didaerah nasofaring.
2. Foto dasar tengkorak dapat terlihat destruksi atau erosi tulang didaerah fosa serebri media
3. CT scan daerah kepala dan leher terlihat adanya massa dengan terlihat adanya kesuraman. CT scan dengan kontras menunjukkan massa yang besar mengisi sisi posterior dari rongga hidung dan nasofaring dengan perluasan ke sisi kiri dalam daerah nasofaring.
4. Biopsi dari hidung dan mulut Biopsi sedapat mungkin diarahkan pada tumor atau daerah yang di curigai. Biopsi minimal dilakukan pada dua tempat (kiri dan kanan), melalui rinoskopi, anterior, bila perlu dengan bantuan cermin melalui rinoskopi posterior. Bila perlu Biopsi dapat diulang sampai tiga kali. Bila tiga kali Biopsi hasil negatif, sedang secara klinis mencurigakan dengan karsinoma nasofaring, biopsi dapat diulang dengan anestesi umum. Biopsi melalui nasofaringoskopi dilakukan bila klien trismus atau keadaan umum kurang baik. Biopsi kelenjar getah bening leher dengan aspirasi jarum halus dilakukan bila terjadi keraguan apakah kelenjar tersebut suatu metastasis.
5. Pemeriksaan labolatorium : pemeriksaan darah tepi, fungsi hati, ginjal untuk meliha/mendeteksi metastatis.
   * 1. **Penatalaksanaan**
6. Radioterapi

Sebelumnya persiapan pasien dengan oral hygiene, dan apabila infeksi/kerusakan gigi harus di obati terlebih dahulu. Dosis yang diberikan 200 rad/hari sampai 6000-6600 rad untuk tumor primer, sedangkan kelenjar leher yang membesar diberi 6000 rad. Jika tidak ada pembesaran kelenjar diberikan juga radiasi efektif sebesar 4000 rad. Ini dapa diberikan pada keadaan kambuh atau pada metastatis tulang yang belum menimbulkan keadaan fraktur patogalik. Radiasi dapat menyembuhkan lesi dan mengurangi rasa nyeri.

1. Kemoterapi

Sebagai terapi tambahan dan diberikan pada stadium lanjut. Biasanya dapat digabungkan dengan radiasi dengan urutan kemoterapi-radiasi-kemoterapi. Kemoterapi yang dipakai yaitu Methotrexate (50 mg IV hari 1 dan 8); Vincristin (2 mg IV hari 1); Platamin (100 mg IV hari 1); Cyclophosphamide (2 x 50 mg oral, hari 1 s/d 10); Bleomycin (15 mg IV hari 8). Pada kemoterapi harus dilakukan control terhadap efek samping fungsi hemopotik, fungsi ginjal dan lain-lain.

* 1. **KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan untuk memecahkan masalah yang memposisikan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan.

Proses keperawatan mencakup lima tahap, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Malang.

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah melakukan pengumupulan data yang sengaja dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasikan keadaan kesehatan klien sekarang dan masa lalu. Berdasarkan buku sistem dokumentasi proses keperawatan penerbit Universitas Muhamadiyah

Tujuan pengkajian adalah :

1. Identifikasi kebutuhan unik dan respon pasien
2. Mengkonsolidasikan dan mengorganisikan informasi dari berbagai sumber ke dalam sumber yang sifatnya umum ke dalam pola fungsional kesehatan.
3. Menjamin informasi dasar, referensi untuk mengukur perubahan kondisi pasien.

Proses Pengkajian

Untuk mewujudkan pengkajian yang akurat perawat harus dapat :

1. Mengkomunikasikan secara efektif
2. Mengorganisasikan secara sistematis
3. Menginterprestasikan data yang akurat
4. Membuat kesimpulan pengkajian
5. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan

Pada klien dengan kanker nasofaring yang dikaji

1. Pola penatalaksanaan kesehatan, perepsi sehat

* Pola kesejahteraan yang dirasakan
* Pengetahuan tentang gaya hidup dan berhubungan dengan sehat
* Menanyakan merokok, minum beralhokohol

1. Pola nutrisi. Metabolik

* Pola makanan yang biasa seperti ikan asin, penyedap
* Adanya penurunan berat badan atau tidak
* Nafsu makan, pilihan makanan
* Pengukuran antropometri

Berat badan atau tinggi dan indeks masa tubuh , ketebalan lipatan kulit triseps, lingkar lengan atas dan otot lengan

* Pengukuran biomeda

Albumin, kadar elektrolit dalam tubuh

* Temian pemeriksaan klinis
* Data diet

1. Pola peissepa sensori

* Intensitas nyeri
* Karakteristik nyeri
* Faktor-faktor yang meredakan nyeri
* Efek nyeri terhadap aktifitas kehidupan sehari-hari
* Kekhawatiran individu terhadap nyeri
  + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Adalah penilian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial (Nanda Internasional, 2013)

Tipe diagnosa keperawatan

1. Diagnosa keperawatan aktual
2. Diagnosa keperawatan resiko dan resiko tinggi.
3. Diagnosa keperawatan kemungkinan
4. Diagnosa keperawatan sehat / sejahtera
5. Diagnosa keperawatan sindrama

* Diagnosa keperawatan aktual menyajikan keadaan secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diindifikasikan. Tipe dan diagnosa keperawatan ini mempunyai empat komponen yaitu : label, definisi, batasan karakteristik dan faktor-faktor yang berhubungan.
* Diagnosa keperawatan resiko

Adalah keputusan klinis bahwa individu, keluarga atau komunitas sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding yang lain pada situasi yang sama.

* Diagnosa keperawatan kemungkinan adalah pernyataan tentang masalah yang diduga masih memerlukan data tambahan
* Diagnosa keperawatan sehat adalah ketentuan teknis mengenai individu kelompok atau masyarakat dalam transmisi dari tingkat kesehatan khusus ke tingkat kesehatan yang lebih baik.

Diagnosa keperawatan sindorma adalah

Diagnosa keperawatan yang terdiri dari sekelompok diagnosa keperawatan aktual atau resiko tinggi yang diduga akan nampak karena suatu kejadian.

Pada pasien dengan kanker naso faring diagnosa keperawatan yang muncul :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
2. Nyeri cronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Pasien Kanker Nasofaring

1. Ketidakseimbngan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik

Batasan karakteristik

* Berat badan 20% atau lebih di bawah rentang berat badan ideal
* Bising usus hiperaktif
* Cepat kenyang setelah makan
* Diare
* Gangguan sensasi rasa
* Kehilangan rambut berlebihan
* Kelemahan otot pengunyah Kelemahan otot untuk menelan
* Kerapuhan kapiler
* Kesalahan informasi
* Kesalahan persepsi
* Ketidakmampuan memakan makanan
* Kram abdomen
* Kurang informasi
* Kurang minat pada makanan
* Kurang minat pada makanan
* Membran mukosa pucat
* Nyeri abdomen
* Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat
* Sariawan rongga mulut
* Tonus otot menurun

Faktor yang Berhubungan

* Faktor biologis
* Faktor ekonomi
* Gangguan psikososial
* Ketidakmampuan makan
* Ketidakmampuan mencerna makanan
* Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien
* Kurang asupan makanan

1. Nyeri Kronis

Definisi : pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau digambarkan sebagai suatu kerusakan. Dwitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau prediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan.

Batasan Karakteristik

* Anoreksia
* Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (mis., Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate)
* Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus, meringis)
* Fokus pada diri sendiri
* Hambatan kemampuan meneruskan aktivitas sebelumnya
* Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (mis., skala Wong-Baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numerik)
* Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri (mis., McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)
* Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas (mis., anggota keluarga, pemberi asuhan)
* Perubahan pola tidur

Faktor yang berhubungan

* Agens pencedera\*
* Cedera medula spinalis
* Cedera otot
* Cedera tabrakan
* Distres emosi
* Fraktur
* Gangguan genetik
* Gangguan imun (mis., neuropati karena human immunodeficiency virus [HTV], virus varisela zoster)
* Gangguan iskemik
* Gangguan metabolik
* Gangguan muskuloskeletal kronis
* Gangguan pola tidur
* Infiltrasi tumor
* Isolasi sosial
* Jender wanita
* Keletihan
* Kerusakan sistem saraf
* Ketidakseimbangan neurotransmiter, neuromodulator, dan reseptor Kompresi otot
* Kontusio
* Malnutrisi
* Mengangkat beban berat berulang
* Pasca-trauma karena gangguan (mis., infeksi, inflamasi)
* Penggunaan komputer lama (>20 jam/minggu)
* Peningkatan indeks massa tubuh
* Peningkatan kadar kortisol lama
* Pola seksualitas tidak efektif
* Riwayat hutang terlalu banyak
* Riwayat mutilasi genital
* Riwayat olahraga terlalu berat
* Riwayat penganiayaan (mis., fisik, psikologis, seksual)
* Riwayat penyalahgunaan zat
* Riwayat postur tubuh statis dalam bekerja
* Usia >50 tahun
* Vibrasi seluruh tubuh
  + 1. **Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan adalah berupa arahan asuhan keperawatan awal berasal baik dari keperawatan maupun kedokteran. Intervensi yang diprogramkan dari dokter diubah menjadi berbagai bentuk, mis, kardex atau catatan pemberian obat dan tindakan.

Perawat memprogramkan baik intervensi rutin maupun intervensi spesifik untuk klien. Intervensi keperawatan rutin atau prediktif dapat ditemukan pada standar asuhan keperawatan. Intervensi klien yang spesifik ini tercantum dalam daftar rencana perawatan adendaum.

Rencana perawatan berfungsi sebagai berikut:

1. Menunjukkan prioritas susunan diagnose (masalah kolaboratif atau diagnose keperawatan) untuk klien.
2. Memberikan "cetak biru" untuk pengarahan pencatatan
3. Mengkomunikasikan pada staf keperawatan apa yang harus diajarkan, yang harus diobservasi, dan apa yang harus diimplementasikan
4. Memberikan kriteria hasil untuk menelaah dan mengevaluasikan
5. Mengarahkan intervensi spesifik untuk klien, keluarga, dan anggota staf keperawatan lain untuk diimplementasikan.

Untuk mengarahkan dan mengevaluasi asuhan keperawatan secara efektif, rencana perawatan harus meliputi:

1. Pernyataan diagnostik (masalah kolaboratif atau diagnose keperawatan)
2. Kriteria hasil atau tujuan keperawatan
3. Perintah atau intervensi keperawatan
4. Evaluasi (diagnose dan kemajuan klien)
5. Pernyataan Diagnostik

Pernyataan diagnostik dapat berupa masalah kolaboratif atau di-agnose keperawatan. Model praktik klinis bifocal, untuk informasi tentang dua jenis pernyataan diagnostik ini.

Urutan Prioritas Diagnose

Perawat tidak dapat memberikan semua atau bahkan kebanyakan diagnose keperawatan dan masalah kolaboratif yang ada pada klien dan keluarga. Diagnose prioritas adalah diagnose keperawatan dan masalah kolaboratif dimana sumber keperawatan akan diarahkan untuk mencapai tujuan. Perawat lebih mendahulukan diagnose/ masalah kolaboratif yang mungkin penting tetapi tidak prioritas .

1. Kriteria hasil

Kriteria hasil atau tujuan klien, adalah peryataan yang menggambarkan perilaku klien atau keluarga yang dapat diukur, yang menunjukkan status yang diinginkan (berubah atau dipertahankan) setelah asuhan keperawatan diberikan (Alfaro, 1994). Kriteria Ini bertindak sebagai standart untuk mengukur keefektifan rencana perawatan. Kriteria hasil untuk diagnose keperawatan harus mewakili status yang diinginkan yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui program intervensi keperawatan (mandiri) (Carpenito, 1989). Bila kriteria hasil tidak tercapai, perawat harus mengevaluasi ulang diagnose dan memperbaiki tujuan dan rencana, atau berkolaborasi dengan dokter.

Bila perawat berkolaborasi dengan dokter, maka diagnosanya adalah masalah kolaboratif, bukan diagnosa keperawatan. Sebagai contoh, bila klien dengan masalah kolaboratif potensial komplikasi: disritmia mengalami kontraksi ventrikel sebaliknya akan melakukan intervensi program dokter.

Masalah kolaboratif seharusnya tidak mempunyai kriteria hasil, karena masalah kolaboratif tidak berfungsi sebagai indikator untuk mengevaluasi asuhan keperawatan. Setiap kriteria hasil yang ditulis untuk masakah kolaboratif diperlukan untuk mewakili kriteria untuk evaluasi baik medis atau keperawatan. Kestabilan fisiologis adalah tujuan keseluruhan untuk masalah kolaboratif.

1. Intervensi Keperawatan

Pada tahun 1987, Carpenito menuliskan bahwa diagnose dengan intervensi adalah elemen penting dalam menetapkan diagnose keperawatan tertentu terhadap diagnosa. Tipe intervensi tertentu tampak membedakan diagnose keperawatan dengan diagnose medis atau masalah lain yang dapat diatasi perawat.

Intervensi keperawatan dapat dikatergorikan sebagai mandiri atau didelegasikan (Maryland, 1984). Intervensi mandiri adalah program keperawatan; intervensi yang didelegasikan adalah program dokter. Kedua jenis intervensi tersebut memerlukan penilaian keperawatan; karena, perawat terikat secara legal untuk menentukan apakah tepat untuk melakukan intervensi.

Jadi, perawat membuat keputusan mandiri berkenaan dengan masalah kolaboratif dan diagnose keperawatan. Keputusannya berbeda dimana dalam diagnose keperawatan, perawat memprogramkan tindakan berbeda dimana masalah dalam diag-nose keperawatan, perawat memprogramkan tindakan definitif untuk situasi; untuk masalah kolaboratif, perawat terutama memantau kondisi klien untuk mendeteksi komplikasi fisiologis. Perawat menyerahkan ke dokter atau melakukan protokol untuk mengatasi komplikasi. Perawat menggunakan intervensi yang diprogramkan dokter dan perawat untuk membantu klien kembali pada kestabilan pra-komplikasi.

Rencana perawatan harus tidak mengandung arahan bagi perawat berkenaan dengan intervensi yang didelegasikan (yang ditentukan dokter). Sebaliknya, pesanan dokter diubah menjadi pencatatan asuhan dan tindakan, Kardex, dan catatan pemberian obat-obatan.

Pada rencana perawatan, pemilihan fokus intervensi didasarkan pada tipe-tipe diagnose dan masalah kolaboratif yang ditemukan, baik aktual, risiko, kemungkinan, sejahtera maupun masalah kolaboratif.

1. Dokumentasi Evaluasi

Perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemajuan klien terhadap pencapaian hasil setiap hari. Evaluasi status dan kemajuan klien adalah berbeda untuk masalah kolaboratif versus diagnose keperawatan.

Untuk diagnose keperawatan perawat akan:

1. Mengkaji status klien
2. Membandingkan respons ini pada kriteria hasil
3. Menyampaikan bila klien mengalami kemajuan pada pencapaian hasil.

Jadi, evaluasi diagnose keperawatan difokuskan pada kemajuan pancapaian hasil klien, sementara evaluasi untuk masalah-masalah kolaboratif difokuskan pada kondisi klien dibandingkan dengan norma yang mapan.

Rencana tujuan dan kriterria hasil

NOC : nutritional status : food and fluid intake

Kriteria hasil :

* Adanya peningkatan berat badan
* Berat badan idial sesuai dengan tinggi badan
* Mampu mengidentifikasikan kebutuhan nutrisi
* Tidak ada tanda mal nutrisi
* Tidak terjadi penurunan berat badan

NIC : Nutrition Management

1. Kaji adanya alergi makanan
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
5. Berikan substansi gula
6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsul-tasikan dengan ahli gizi)
8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 1
9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
11. .Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

Nutrition Monitoring

1. BB pasien dalam batas normal
2. Monitor adanya penurunan berat badan
3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan
5. Monitor lingkungan selama makan
6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
7. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
8. Monitor turgor kulit
9. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah
10. Monitor mual dan muntah
11. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
12. Monitor makanan kesukaan
13. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
14. Monltor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
15. Monitor kalori dan intake nuntrisi
16. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonik papila lidah & cavitas oral.
17. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet
18. Nyeri cronis

Rencana tujuan dari kriteria hasil

NOC

* Pain level
* Pain control
* Confort level

Kriteria Hasil:

* 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
  2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
  3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
  4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
  5. Tanda vital dalam rentang normal

NIC : Pain Management

Management

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan ínter personal)
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
15. Tingkatkan istirahat
16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat alergi
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
    * 1. **Implementasi**

Adalah merupakan pelaksanaan rencana intervensi keperawatan terdiri dari semua aktivitas keperawatan yang dolakukan perawat dan klien untuk merubah efek dari masalah macam-macam tindakan keperawatan dapat berupa tidak langsung, memberikan bantuan kepada klien, mengawasi klien, ,emgawasi klien atau keluarga ketika mereka melakukan suatu tindakan penyuluhan tentang kesehatam mengkonsultasikan klien serta monitoring terhadap kemungkinan komplikasi

* Pada Diagnosa keperawatan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
* Mengkaji adanya alergi makanan
* Kolaburasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
* Menganjurkan pasien untuk mengingkatkan protein dan vitamin C
* Memberikan substansi gula
* Menyakinkan diet yang mengandung alergi serat
* Memberikan makanan yang terpilih
* Mengajarkan pasien untuk membuat catatan makanan harian
* Memonitoring jumlah kalori dan kandungan kalori
* Memberikan Informasi contohnya kebutuhan nutrisi
* Mengkaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
* Pada Diagnosa keperawatan nyeri kronis
* Melakukan pengkajian nyeri secara compresinsip
* Mengobservasikan reaksi non verbal dariketidak nyamanan
* Mengkaji butir yang mempengaruhi nyeri
* Mengevaluasi pengalaman masa lampau nyeri
* Mengunakan tehnik komunikasi terapiosik untuk mengetahui bahwa yang mempengarui rasa nyeri
* Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
* Mengontrol lingkungan yang dapat memperngarui nyeri
* Kurangi faktor psesipitasi nyeri
* Melakukan penanganan nyeri
* Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
* Mengajarkan tentang tehnik farmakologi
* Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri
* Mengevaluasi ke evektifan krontrol nyeri
* Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri, tidak berhasil
* Memonitoring penerimaan pasien tentang menejeman nyeri
  + 1. **Evaluasi Keperawatan**

1. Pengertian

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan delam memenuhi kebutuhan klien.

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

1. Tujuan
2. Menjamin asuhan keperawatan secara optimal
3. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
4. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
5. Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
6. Meneruskan rencana tindakan keperawatan
7. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
8. Dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.
9. Manfaat
10. Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien.
11. Untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan
12. Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan.
13. Mendapatkan umpan balik.
14. Sebagtai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.
15. Jenis Evaluasi
16. Evaluasi Struktur

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan. Persediaan perlengkapan, fasilitas fisik, ratio perawat-klien, dukungan administrasi, pemeliharaan dan pengembangan kompetensi staf keperawatan dalam area yang diinginkan.

1. Evaluasi Proses

Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang. Area yang menjadi perhatian pada evaluasi proses mencakup jenis informasi yang didapat pada saat wawancara danpemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnosa keperawatan, dan kemampuan tehnikal perawat.

1. Evaluasi Hasil

Evaluasi hasil berfoks pada respons dan fungsi klien. Respons perilaku klien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil.

1. Hal – hal yang ada dalam Evaluasi
2. Kecukupan informasi
3. Relevansi faktor – faktor yang berkaitan
4. Prioritas masalah yang disusun
5. Kesesuaian rencana dengan masalah
6. Pertimbangan faktor – faktor yang unik
7. Perhatian terhadap rencana medis untuk terapi
8. Logika hasil yang diharapkan
9. Penjelasan dari tindakan keperawatan yang dilakukan
10. Keberhasilan rencana yang telah disusun
11. Kualitas penyusunan rencana
12. Timbulnya masalah baru.
13. Hasil Evaluasi
14. Tujuan tercapainya / masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
15. Tujuan tercapainya sebagian / masalah teratasi sebagian : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan
16. Tujuan tidak tercapainya / masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentu masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP / SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| S ( Subjective ) | : | Adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. |
| O ( Objective ) | : | Adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. |
| A ( Analisis ) | : | Adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. |
| P ( Planning ) | : | Adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa. |