

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Tn. M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS POST OPERATION MALIGNANT NEOPLASM CA
CAPUT PANKREAS DI RUANG H1 RSPAL dr. Ramelan SURABAYA**



OLEH :

MOCH HARYA DAMAR SAMUDERA

1920023

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2021/2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Tn. M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS POST OPERATION MALIGNANT NEOPLASM CA
CAPUT PANKREAS DI RUANG H1 RSPAL dr. Ramelan SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



OLEH :

MOCH HARYA DAMAR SAMUDERA

1920023

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2021/2022**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenar-benarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertanggungjawab dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 23 Februari 2022

Moch Harya Damar Samudera
NIM. 19.20023

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Moch Harya Damar Samudera
Nim : 192.0023
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. M
dengan diagnosa medis Post Operation Malignant
Neoplasm Ca Caput Pankreas Diruang H1 RSPAL
dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.kep)

Surabaya, 23 Februari 2022

Pembimbing I



**Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Moch Harya Damar Samudera
NIM : 192.0023
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. M dengan diagnosa medis Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas Diruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan diharapkan dewan sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, Pada :

Hari,tanggal : Rabu, 23 Februari 2022

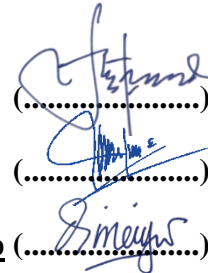
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada prodi D-III keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. Setiadi, S.Kep.,M.Kep
NIP.03001

Penguji II : Muslimah, S.Kep., Ns.
NIP.196702211988032004

Penguji III : Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03011



Mengetahui
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami. S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 23 Februari 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim.,M.M, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama (Purn.) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kamu untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, Skep.,Ns M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Dr. Setiadi. S.Kep.,M.Kep selaku Penguji, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikir serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukkan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini
5. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns.,M.Kep. selaku Penguji dan pembimbing I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan bimbingan arahan dan masukan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Muslimah, S.Kep.,Ns. Selaku Penguji dan pembimbing II, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan bimbingan arahan dan masukan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Orangtua saya Papa Moch Nunung dan Mama Rr. Soewarti tercinta yang telah bekerja keras membesarkan, membimbing, menyekolahkan, mendo'akan, dan memberikan motivasi serta dorongan moral maupun material saya ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya untuk beliau.
9. Terima kasih kepada kakak saya Reza Roesmiranti Hazami, S.Psi., M.Si yang selalu menghibur dan mensupportkan saya selama pengerjaan KTI.

10. Terima kasih Kepada bu Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep. yang telah setia menemani, mendoakan dan menyemangati kami selama kami kuliah sampai saat ini.

Saya menyadari karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna baik segi penyusunan, bahasa maupun penulisannya. Oleh karena itu, saya sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak guna menjadi lebih baik lagi di masa mendatang.

Semoga karya tulis ini bisa memberi manfaat untuk perkembangan dan peningkatan ilmu terutama bagi Civitas Stikes Hangtuah Surabaya.

Surabaya, 23 Februari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAM PENGESAHAN.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penulisan	2
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.5 Metode Penulisan	4
1.6 Sistematika Penulisan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penyakit	7
2.2 Asuhan Keperawatan	18
2.3 Pelaksanaan	29
2.4 Evaluasi	29
2.5 Kerangka masalah	30
BAB 3 TINJAUAN KASUS	31
3.1 Pengkajian	31
3.2 Analisa Data	42
3.3 Prioritas Masalah	44
3.4 Intervensi Keperawatan	45
3.5 Implementasi Keperawatan	50
BAB 4 PEMBAHASAN	62
4.1 Pengkajian	62
4.2 Diagnosa Keperawatan	63
4.3 Perencanaan	64
4.4 Pelaksanaan	64
4.5 Evaluasi	65
BAB 5 PENUTUP	70
5.1 Simpulan	70
5.2 Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	72

DAFTAR TABEL

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan teori	23
Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang	39
Tabel 3.2 Terapi obat	40
Tabel 3.3 Analisa Data	42
Tabel 3.3 Prioritas Masalah	44
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	45
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.1 Anatomi pankreas	8
Gambar 2.2.7 Kerangka Masalah	30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	75
Lampiran 2	77

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Pankreas merupakan suatu kelenjar yang berukuran panjang sekitar 12 sampai 20 cm dan tebalnya sekitar 2,5 cm pada orang dewasa. Berat pada pankreas sekitar 75 sampai 100 g. 80 sampai 90 % terdiri dari jaringan asinar eksokrin dan letaknya berada di belakang lambung (Williams, 2013).

Pankreas memiliki fungsi eksokrin dan endokrin masing- masing dilakukan oleh sel-sel eksokrin dan endokrin berbeda. Pankreas menghasilkan banyak enzim pencernaan yang keluar dari kelenjar melalui satu duktus eksetorius utama, sementara berbagai hormon yang diproduksi oleh pulau pankreas diangkut dari pankreas melalui berbagai pembuluh darah. Komponen endokrin pankreas tersebar diseluruh organ sebagai pulau-pulau sel endokrin yang dinamai dengan pulau pankreas (langerhans), pulau pankreas menghasilkan dua hormone utama yang berfungsi untuk mengatur kadar glukosa darah dan metabolisme glukosa (Eroschenko Victor P, 2015).

Secara fisiologi, sekresi pankreas memiliki banyak enzim untuk berfungsi untuk mencerna tiga jenis makanan utama berupa : protein, karbohidrat, dan lemak. Sekresi ini juga mengandung sejumlah besar ion bikarbonat yang memiliki peranan penting dalam menetralkan keasaman kismus yang dikeluarkan dari lambung kedalam duodenum (Hall John E, 2014).

Tingkat kanker lebih lanjut dapat meningkat sebesar 50% menjadi 15 juta kasus baru pada tahun 2020, menurut Laporan Kanker Dunia pada WHO, pemeriksaan penyakit global paling komprehensif hingga saat ini. Namun,

laporan tersebut juga memberikan bukti yang jelas bahwa gaya hidup sehat dan tindakan kesehatan masyarakat oleh pemerintah dan praktisi kesehatan dapat membendung tren ini, dan mencegah sebanyak sepertiga dari kanker di seluruh dunia. Penderita kanker pankreas diseluruh dunia ditemukan sejumlah 216.000 kasus. (World Health Organization (WHO), 2020)

Sementara di Indonesia, menurut GLOBOCAN 2018, diperkirakan terdapat 4.940 kasus baru kanker pankreas dan 4.812 kematian karena kanker pankreas. (Indonesia Cancer Care Community - ICC, 2020)

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pasien Tn. M dengan diagnosis medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* diruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?

1.3. Tujuan Penelitian

Mahasiswa mampu menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Tn. M dengan Diagnosis Medis *Ca Caput Pankreas* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan diagnosis medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu mengkaji pasien dengan diagnosis medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4. Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas*.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* dengan baik.

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas*.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas*.

1.5. Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan mpenanganan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas*, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

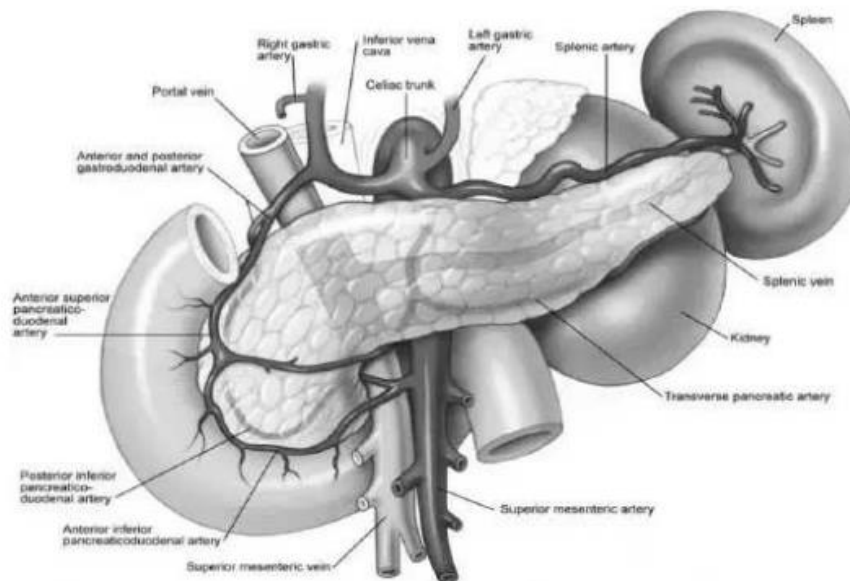
TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien Tn. M dengan diagnosa medis *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas*. Konsep dasar penyakit akan diuraikan dalam definisi, anatomi, etiologi, gejala klinik, patofisiologi, diagnosa medis, serta penanganan secara medis. Pada konsep asuhan keperawatan akan diuraikan tentang masalah – masalah keperawatan dalam mengenai *Post Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* yang dirangkum dalam pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi.

2.1. Konsep Penyakit Tumor Pankreas

2.1.1. Anatomi Fisiologi

Pankreas manusia secara anatomi letaknya menempel pada duodenum dan terdapat kurang lebih 200.000-1.800.000 pulau Langerhans. Dalam pulau Langerhans sel beta normal pada manusia antara 60%-80% dari populasi sel pulau Langerhans. Pankreas berwarna putih keabuan hingga kemerahan. Organ ini merupakan kelenjar majemuk yang terdiri atas jaringan eksokrin dan jaringan endokrin. Jaringan eksokrin menghasilkan enzim-enzim pankreas seperti amylase, peptidase dan lipase, sedangkan jaringan endokrin menghasilkan hormon-hormon seperti insulin, glukosa dan somatostatin (Dolensek,Rupnik&Stozer,2015).



Gambar 2.1.1 *Anatomi pankreas* (Barbara B. Kawulich, 2019)

2.1.2. Definisi tumor pankreas

Pankreas adalah organ pada sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama, yaitu: Menghasilkan enzim pencernaan serta beberapa hormon penting seperti insulin. Pankreas terletak pada bagian posterior perut dan berhubungan erat dengan duodenum (Desen, Wan. 2013).

Bagian ini berfungsi memproduksi dan melepaskan hormone insulin, glucagon, dan somatostatin. Hormone ini masing – masing i produksi oleh sel-sel khusus yang berbeda di pancreas, yang di sebut pulau langerhans. Elizabeth J. Corwin (2012).

Pulau langerhans adalah kumpulan sel berbentuk ovoid, berukuran 76 x 175 um. Pulau-pulau ini tersebar di seluruh pancreas, walaupun lebih banyak di temukan di kauda (ekor) dari pada kaput (kepala) dan korpus (badan) pancreas. Pulau-pulau ini menyusun sekitar 2% volume kelenjar, sedangkan bagian eksokrin penkreas membentuk 80% serta duktus dan pembuluh darah membentuk sisanya. W. F. Ganong , (2012).

Menurut W. F. Ganong , (2012). diungkapkan bagian pancreas yang menyekresi getah pancreas adalah kelenjar alveolus gabungan yang bentuknya mirip dengan kelenjar saliva. Didalam sel ini terbentuk granula berisi enzim pencernaan (granula zimogen) yang mengeluarkan melalui eksositosis dari apeks sel ke dalam lumen duktus pankreatikus. Cabang halus duktus bergabung menjadi sebuah duktus (duktus pankreatikus wiring), yang biasanya menyatu dengan duktus koleduktus untuk membentuk ampula Vateri. Ampula membuka melalui papilla duodenom, dan orifisiumnya dilingkari oleh sfingter Oddi. Beberapa memiliki duktus pancreatikus asesori (duktus Santorini) yang juga masuk ke dalam duodenum di bagian lebih proximal.

Fungsi bagian ini adalah sekresi enzim pancreas dan sekresi natrium bikarbonat. Fungsi sekresi enzim pancreas berlangsung akibat stimulasi pancreas kolesistokinin, suatu hormone yang dikeluarkan oleh usus halus. Sedangkan natrium bikarbonat dikeluarkan dari sel asinus ke dalam duktus pankreatikus lalu disalurkan ke usus halus, sebagai respon terhadap terhadap hormon usus halus, sekretin.

Tumor pankreas merupakan jenis tumor yang dapat mengenai pankreas baik jaringan eksokrin maupun endokrin, serta jaringan peyangganya yang dapat terjadi jinak maupun ganas. Kebanyakan untuk jenis tumor eksokrin pankreas berasal dari sel duktus dan sel asiner, 90% nya merupakan tumor ganas jenis adenokarsinoma duktal pankreas yang merupakan neoplasma primer dimana frekuensinya 80% dari semua keganasan pankreas dan 90% dari keganasan tumor epithelial. (Elizabeth J. Corwin 2009).

2.1.3. Etiologi

a. Faktor Resiko Eksogen

Dalam fisiologi pancreas getah pancreas bersifat basa dengan komposisi HCO₃ (Asam) dengan kadar 113 meq/L. Setiap hari disekresikan sekitar 1500 mL getah pancreas. Sekresi getah pancreas bersama dengan sekresi empedu dan getah usus berefek pada penetralan asam lambung dan menaikkan PH duodenum menjadi 6,0 – 7,0. Didalam getah penkreas terdapat tripsinogen yang diubah menjadi enzim aktif tripsin. Tripsin berfungsi untuk mengubah kimotripsinogen menjadi kimotripsin yang merangsang kerja enzim enteropeptidase. Definisi enterpeptidase akan mengakibatkan kelainan congenital dan nutrisi protein.

b. Faktor Resiko Endogen

Penyebaran kanker/tumor dapat langsung ke organ di sekitarnya atau melalui pembuluh darah kelenjar getah bening. Lebih sering ke hati, peritoneum, dan paru. Kanker di kaput pankreas lebih banyak menimbulkan sumbatan pada saluran empedu disebut Tumor akan masuk dan menginfiltrasi duodenum sehingga terjadi perdarahan di duodenum. Kanker yang letaknya di korpus dan kaudal akan lebih sering mengalami metastasis ke hati, bisa juga ke limpa. (Setyono, 2001).

2.1.4. Manifestasi Klinis

Sejumlah tanda dan gejala kanker pankreas tak muncul dalam tahap awal. Tapi setelah tumbuh dan menyebar, nyeri sering berkembang pada perut bagian bawah dan kadangkadang menyebar ke punggung. Rasa sakit bisa menjadi lebih buruk setelah orang makan atau berbaring. Dan gejala lain yang mungkin muncul antara lain:

- a. Berat badan menurun drastis akibat kehilangan nafsu makan.
- b. Anoreksia dan kembung.
- c. Diare dengan kandungan lemak dalam feses (steatorrhea).
- d. Diabetes (pada penderita ini disertai berat badan yang menurun drastis, mual, serta kulit, mata, atau selaput lendir menguning).
- e. Warna urin lebih gelap, biasanya berwarna kehitaman menyerupai warna tanah.
- f. Mengalami kelelahan berkepanjangan.
- g. Terjadi pembekuan darah.
- h. Gangguan sistem pencernaan yang mengarah pada menurunnya metabolisme tubuh.
- i. Depresi berkepanjangan.
- j. Gangguan pada organ hati atau liver(Sujono Riyadi, 2013).

2.1.5. Patofisiologi

Pada umumnya tumor meluas ke Retroperitoneal ke belakang pankreas, melapisi dan melekat pada pembuluh darah. Secara mikroskopik terdapat infiltrasi di jaringan lemak peripankreas, saluran limfe, dan perineural. Pada stadium lanjut, kanker kaput pancreas sering bermetastasis ke duodenum, lambung, peritoneum, hati dan kandung empedu.

Tumor pankreas pada bagian badan dan ekor pankreas dapat metastasis ke hati, peritoneum, limpa, lambung dan kelenjar adrenal kiri. Karsinoma di kaput pankreas sering menimbulkan sumbatan pada saluran empedu sehingga terjadi kolestasis ekstra-hepatal. Disamping itu akan mendesak dan menginfiltrasi duodenum, sehingga dapat menimbulkan peradangan di duodenum. Karsinoma

yang letaknya di korpus dan kaudal, lebih sering mengalami metastasis ke hati dan ke limpa.

Konsumsi alcohol, infeksi bakteri/virus akan serta faktor-faktor yang beresiko mengakibatkan edema pada pancreas (terutama daerah ampulla Vater). Edema pada ampulla akan berakibat aliran balik getah empedu dari duktus koledokus ke dalam duktus pankreatikus. Dengan demikian didalam pancreas akan terjadi peningkatan kadar enzim yang mengakibatkan peradangan pada pancreas. Proses peradangan ini kalau ditumpangi mikroorganisme maka akan berakibat terbawanya toksik kedalam darah yang merangsang hipotalamus untuk meningkatkan ambang suhu tubuh (muncul panas).

Adanya refluks enzim akan meningkatkan volume enzim dan distensi pada pancreas yang merangsang reseptor nyeri yang dapat dijalarkan ke daerah abdomen dan punggung. Kondisi ini memunculkan adanya keluhan nyeri hebat pada abdomen yang menjalar sampai punggung.

Distensi pada pancreas yang melampaui beban akan berdampak pada penekanan dinding duktus dan pancreas serta pembuluh darah pancreas. Pembuluh darah dapat mengalami cidera bahkan sampai rusak sehingga darah dapat keluar dan menumpuk pada pancreas atau jaringan sekitar yang berakibat pada ekimosis pinggang dan umbilicus. Kerusakan yang terjadi pada pancreas secara sistemik dapat meningkatkan respon asam lambung sehingga salah satu pertahanan untuk mengurangi tingkat kerusakan. Akan tetapi kelebihan ini justru akan merangsang respon gaster untuk meningkatkan ritmik kontraksinya yang dapat meningkatkan rasa mual dan muntah.

Mual akan berdampak pada penurunan intake cairan sedangkan muntah akan berdampak meningkatkan pengeluaran cairan tubuh. Dua kondisi ini menurunkan volume dan komposisi cairan tubuh yang secara otomatis akan menurunkan volume darah. Penurunan volume darah inilah yang secara klinis akan berakibat hipotensi pada penderita.

Penurunan volume darah berkontribusi pada penurunan pengikatan oksigen dan penyediaan nutrisi bagi sel sehingga terjadi penurunan perfusi sel termasuk otak. Kondisi seperti inilah yang dapat menimbulkan agitasi pada penderita. Ditambah lagi mual akan menurunkan komposisi kalsium darah yang berdampak pada penurunan eksitasi system persarafan(Sujono Riyadi, 2013).

2.1.6. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi adalah :

a. Masalah metabolisme glukosa

Tumor dapat mempengaruhi kemampuan pankreas untuk memproduksi insulin sehingga dapat mendorong permasalahan di metabolisme glukosa termasuk diabetes.

b. Ikterus atau jaundice

Terkadang diikuti dengan rasa gatal yang hebat. Menguningnya kulit dan bagian putih mata dapat terjadi jika tumor pankreas menyumbat saluran empedu, yaitu semacam pipa tipis yang membawa empedu dari liver ke usus dua belas jari. Warna kuning berasal dari kelebihan bilirubin. Asam empedu dapat menyebabkan rasa gatal jika kelebihan bilirubin tersebut mengendap di kulit.

c. Nyeri

Tumor pankreas yang besar akan menekan lingkungan sekitar saraf, menimbulkan rasa sakit di punggung atau perut yang terkadang bisa menjadi hebat.

d. Metastasis

Metastasis adalah komplikasi paling serius dari kanker atau tumor ganas pankreas. Pankreas dikelilingi oleh sejumlah organ vital, termasuk juga perut, limpa kecil, liver, paru-paru dan usus. Karena kanker pankreas jarang terdeteksi pada stadium awal, kanker ini seringkali menyebar ke organ-organ tersebut atau ke dekat ujung limpa(Sujono Riyadi, 2013).

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

1. Radiologi

a. USG

USG abdomen merupakan pilihan metode survei dan diagnosis kanker pankreas. Yang ditandai dengan sederhana, non-invasif, non-radioaktif, dapat multisumbu pengamatan permukaan, dan lebih jelas melihat struktur pancreas dengan internal saluran empedu atau tanpa obstruksi dan lokasi obstruksi. Keterbatasan USG adalah bidang pandang kecil yang rentan terhadap perut, gas usus, dan somatotip. Selain itu, USG juga bergantung dengan pengalaman dokter yang memeriksa dan peralatan yang digunakan, subjektivitas tertentu, jika perlu, mengingat kombinasi dari pencitraan maka dapat ditambahkan dengan pemeriksaan resonansi CT dan magnetik (MRI) serta tes laboratorium

b. CT Scan

CT saat ini menjadi metode alat pemeriksaan yang terbaik untuk pankreas dengan pemeriksaan noninvasif, terutama digunakan untuk diagnosis kanker

pankreas dan pementasan. Dapat melihat ukuran dan lokasi lesi secara luas, tetapi diagnosis kualitatif tidak akurat, tidak kondusif untuk menampilkan hubungan antara tumor dan struktur sekitarnya. CT dapat dengan akurat menentukan apakah sudah ada metastasis pada hati dan kelenjar getah bening. CT menjadi banyak digunakan dalam beberapa tahun terakhir bidang diagnosis tumor dan sebagai sarana untuk menentukan langkah pengobatan, anda dapat lebih akurat menilai sifat dan tingkat lesi stadium tumor ganas dan pilihan pengobatan dengan nilai yang lebih tinggi.

c. MRI dan MRCP

Bukan sebagai metode pilihan untuk diagnosis kanker pankreas, tetapi ketika pasien alergi dengan kontras ketinggian CT maka dapat dilakukan pemeriksaan scan MRI, tetapi tidak untuk mendeteksi tingkatan stadiumnya. Selain itu, beberapa lesi sulit untuk dikarakterisasi, berdasarkan pemeriksaan CT dapat digantikan dengan melakukan MRI, untuk melengkapi kekurangan dari gambar CT. MRCP dilakukan untuk menentukan perbandingan tanpa obstruksi bilier dan tempat obstruksi, penyebab obstruktif memiliki keuntungan jelas, dan Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP), empedu transhepatik saluran pencitraan alat invasif, dan lebih aman (Sujono Riyadi, 2013).

2.1.8. Penatalaksanaan

Terdapat beberapa metode pengobatan pada pasien tumor pankreas yaitu :

a. Bedah reseksi “kuratif”

Pengobatan yang paling efektif pada tumor pancreas adalah bedah reseksi komplis pada tumor. Akan tetapi hanya dapat dilakukan pada 10-

15% kasus tumor pancreas, biasanya pada tumor kaput pancreas dengan gejala awal icterus. Terdapat berbagai pilihan metode bedah yang disesuaikan dengan kondisi tumor pasien dengan pengalaman dokter bedahnya. Walaupun dapat dilakukan bedah reseksi kuratif, akan tetapi angka kelestarian hidup 5 tahun hanya 10%. Pengalaman di Jepang menunjukkan bahwa bila besar tumor < 2 cm, angka kelestarian hidup 5 tahun dan 10 tahun menjadi 37%.

b. Bedah paliatif

Sebagian besar pasien (85-90% kasus) hanya dapat dilakukan bedah paliatif untuk mdembebaskan obstruksi bilier, dengan cara bedah pintas bilier, pemasangan stent perkutan dan pemasangan stent per-endoskopik. Stenting endoskopik lebih baik daripada bedah pintas bilier dalam hal morbiditas (23% vs 43%), mortalitas akibat tindakan (0% vs 10%) dan kematian 30 hari (6% vs 15%). Stenting endoskopik lebih baik dari perkutan dalam hal membersihkan icterus (81% vs 61%) dan kematian 30 hari (15% vs 3%). Median kelestarian hidup pasien yang tidak dapat dilakukan operasi reseksi adalah 6 bulan.

c. Kemoterapi

Pengobatan kemoterapi pasien tumor pankreas stadium lanjut masih jauh dari memuaskan. Kemoterapi tunggal maupun kombinasi tidak berhasil memperpanjang usia pasien atau meningkatkan kualitas hidup. Beberapa kemoterapi tunggal seperti 5-FU, mitomisin C dapat memperkecil besar tumor, akan tetapi tidak atau sedikit memperpanjang usia pasien (kurang 20 minggu). Gemistabin, obat deoxycytidine analogue dilaporkan dapat sedikit

meningkatkan kualitas hidup pada tumor pankreas stadium lanjut. Gemistabin dapat mengurangi keluhan (seperti rasa nyeri), meningkatkan penampilan berat badan pasien akan tetapi untuk perpanjangan usia akan bertambah sedikit (1-2 bulan). Metode terapi baru yaitu kemoterapi dengan obat baru dengan target molekular spesifik seperti epidermal growth factor specific dan vascular endothelial growth factor receptor masih dalam tahap eksperimental.

d. Radioterapi

Pemberian radioterapi telah digunakan dengan berbagai cara antara lain ; kombinasi kemoterapi 5-FU dengan radioterapi, kemoradioterapi preoperasi, atau waktu operasi (intraoperative electron beam radiation) masih dalam tahap eksperimental.

e. Terapi simptomatik

Pengelolaan kontrol rasa sakit pada pasien tumor pancreas diberikan secara bertahap tergantung berat ringannya sakit dan respons pasien. Sakit ringan dan sedang dapat dimulai dengan pemberian analgetik seperti aspirin, asetaminofen dan obat anti inflamasi non steroid. Bila gagal atau sakit berat di berikan obat analgetik narkotik seperti morfin, kodein, meperidin dan sebagainya. Pengobatan simptomatik lainnya berupa dietetic dan substitusi enzim pancreas pada malnutrisi, pengobatan terhadap diabetes dan sebagainya (Sujono Riyadi, 2013).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Definisi pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Di sini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien.

Data dasar pengkajian pada pasien ca caput pankreas antara lain :

a. Aktifitas/istirahat

Gejala : kelemahan dan atau keletihan, perubahan pada pola istirahat dan jenis kebiasaan tidur pada malam hari (adanya faktor yang memengaruhi tidur mis: nyeri, ansietas, berkeringat malam, mual, muntah), keterbatasan dalam aktivitas, pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen, tingkat stress tinggi.

b. Sirkulasi

Gejala : palpitasi, nyeri dada pada aktivitas berat. Kebiasaan : perubahan pada tekanan darah.

c. Integritas ego

Gejala : faktor stress (keuangan, pekerjaan, perubahan peran), dan cara mengatasi stress (mis : merokok, minum alkohol, menunda pencarian pengobatan, keyakinan spiritual), masalah tentang perubahan dalam penampilan (mis: alopesia, lesi cacat, pembedahan, perasaan tidak berdaya, putus asa, rasa bersalah, depresi).

Tanda : menyangkal, menarik diri, marah.

d. Eliminasi

Gejala : perubahan pada pola defekasi (mis :darah pada feses, nyeri pada defekasi, konstipasi, diare), perubahan pola eliminasi urin (mis : nyeri atau rasa terbakar pada saat berkemih,hematuria, sering berkemih, warna coklat seperti teh).

Tanda : perubahan pada bising usus, distensi abdomen.

e. Makanan/cairan

Gejala : kebiasaan diet buruk (mis: rendah serat, tinggi lemak, bahan pengawet), anoreksia, mual/muntah, intoleransi makanan, perubahan pada berat badan, penurunan berat badan hebat, berkurangnya massa otot.

Tanda : perubahan pada kelembaban atau turgor kulit, edema.

f. Neurosensori

Gejala : pusing

g. Nyeri/kenyamanan

Gejala : ada nyeri, atau derajat bervariasi (mis : ketidaknyamanan ringan sampai nyeri berat) dihubungkan dengan proses penyakit.

h. Pernapasan

Gejala : merokok, pemajanan asbes.

i. Keamanan

Gejala : pemajanan pada kimia toksik, karsinogen, pemajanan matahari lama/berlebihan.

Tanda : demam, ruam kulit, ulserasi.

j. Seksualitas

Gejala : masalah seksualitas (mis : dampak pada hubungan, perubahan pada tingkat kepuasan).

k. Interaksi sosial

Gejala : ketidakadekuatan atau kelemahan sistem pendukung, masalah tentang fungsi atau tanggung jawab peran.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan Ca Caput Pankreas

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu, keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan ataupun kerentanan respon terkait masalah kesehatan. (Herdman & Kamitsuru, 2015). Adapun diagnosan yang muncul pada tumor pankreas yaitu sebagai berikut :

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (**SDKI, D.0056, Hal.128**)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (**SDKI, D.0077, Hal.172**)
3. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) (**SDKI, D.0130, Hal.284**)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (**SDKI, D.0056, Hal.128**)
5. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan efek samping prosedur (mis. Pembedahan) (**SDKI, D.0037, Hal.88**)
6. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan tidakmampuan menelan makanan (**SDKI, D.0032, Hal.81**)

2.2.3. Rencana keperawatan

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 3. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 	<p>Intervensi utama : terapi aktivitas (SIKI I.05186 Hal 415)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi fokus kemampuan, bukan defisit yang dialami 4. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktifitas <p>Edukasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk Mengetahui kemampuan berpartisipasi pasien dalam aktifitas tertentu 2. Agar pasien mampu melakukan aktivitas yang dipilih secara mandiri 3. Agar pasien mampu melakukan aktivitas yang dapat meningkatkan fungsi kesehatan secara mandiri 4. Agar pasien mendapat pengobatan

				<ol style="list-style-type: none"> 5. Ajarkan cara melakukan aktifitas yang dipilih 6. Anjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam mencaanakan dan memonitor program aktifitas, jika perlu 	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Pasien tampak rileks 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal 	<p>Intervensi utama : manajemen nyeri (SIKI I.08238 Hal 201)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan metode teknik nonfarmakologis 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui lokasi nyeri dan menilai tingkatan nyeri yang dialami pasien 2. teknik nonfarmakologi membantu dalam mengurangi rasa nyeri 3. lingkungan yang nyaman dapat

				<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan distraksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pemberian analgetik 	<p>menurunkan stimulus nyeri yang dirasa oleh pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. mempraktekkan teknik relaksasi dan distraksi dapat mengurangi tingkatan nyeri pasien 5. pemberian analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri
3.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik 3. Tekanan darah membaik 	<p>Intervensi utama : manajemen hipertermia (SIKI I.15506 Hal 181)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor haluaran urine <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan lingkungan yang dingin 4. Longgarkan atau lepaskan pakaian <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan tirah baring 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kenaikan suhu tubuh secara tiba-tiba 2. Untuk mengetahui cairan urin yang keluar dari dalam tubuh pasien 3. Agar suhu tubuh pasien dan suhu lingkungan pasien bereaksi sama dan terjadi penurunan secara alami tidak menggunakan obat

				Kolaborasi 6. Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	4. Agar pasien dapat bernapas dengan lega 5. upaya pasien dapat menerima asupan nutrisi dan cairan yang sesuai dengan yang di butuhkan pasien
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik	1. Keluhan sulit tidur membaik 2. Keluhan tidak puas tidur membaik 3. Keluhan istirahat tidak cukup membaik	Intervensi Utama : Dukungan tidur (SIKI, I. 05174 Hal 48) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis) 3. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi Terapeutik : 4. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupesur)	1. Agar mengetahui bagaimana pola tidur di Rumah Sakit dan sebelum masuk Rumah Sakit 2. Agar mengetahui apa yang membuat pasien susah untuk tidur 3. Agar perawat mengetahui dosis obat tidur yang biasa di minum oleh pasien agar tidak terjadi kesalahan saat pemberian 4. Untuk membuat pasien dapat tidur dengan nyenyak dan tidak stress

				<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 7. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara norfarmakologi lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Agar pasien dapat mengerti tidur baik saat sakit berapa jam dan saat sehat berapa jam 6. Agar pasien dapat relax secara ilmiah dan tidak bergantung dengan obat-obatan
5.	Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan efek samping prosedur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan elektrolit membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serum natrium membaik 2. Serum kalium membaik 3. Serum klorida membaik 	<p>Intervensi Utama : pemantauan elektrolit (SIKI,I.03122 Hal 240)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Monitor kadar elektrolit serum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Alur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 4. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui penyebab ketidakseimbangan elektrolit 2. Untuk memantau Alur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 3. Agar mengetahui kadar elektrolit serum 4. Agar mengetahui hasil pemantauan pasien

				<p>5. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>6. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>	
6.	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan tidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi makan membaik 2. Nafsu makan membaik 3. Bising usus membaik 	<p>Intervensi utama : manajemen nutrisi (SIKI, I.03119 Hal 200)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan posisi duduk, jika perlu 6. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mengetahui apakah pasien mempunyai riwayat alergi 3. Supaya pasien tidak tersedak saat makan 4. Agar pasien dapat diet secara terprogram dan terkonsep 5. Supaya nutrisi yang di dapatkan pasien seimbang dengan apa yang di butuhkan pasien

				menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	
--	--	--	--	--	--

2.2.4. Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu.

Pada diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi keperawatan Mengidentifikasi defisit tingkat aktifitas, Memfasilitasi fokus kemampuan, bukan defisit yang di alami, Mengajarkan cara melakukan aktifitas yang dipilih, Berkolaborasi dengan terapis okupasi dalam mencanakan dan memonitor program aktifitas, jika perlu.

Pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi Mengidentifikasi lokasi nyeri, Memberikan metode teknik nonfarmakologis, Mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam, Berkolaborasi dengan pemberian analgetik, jika perlu.

Pada diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi Memonitor suhu tubuh, Menyediakan lingkungan yang dingin, Menganjurkan tirah baring, Berkolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.

Pada diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur, Melakukan prosedur untuk

meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupesur), Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

Pada diagnosa keperawatan Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan efek samping prosedur dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, Mendokumentasikan hasil pemantauan, Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Pada diagnosa keperawatan Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan tidakmampuan menelan makanan dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi Mengidentifikasi status nutrisi, Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Mengajarkan diet yang diprogramkan, Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.

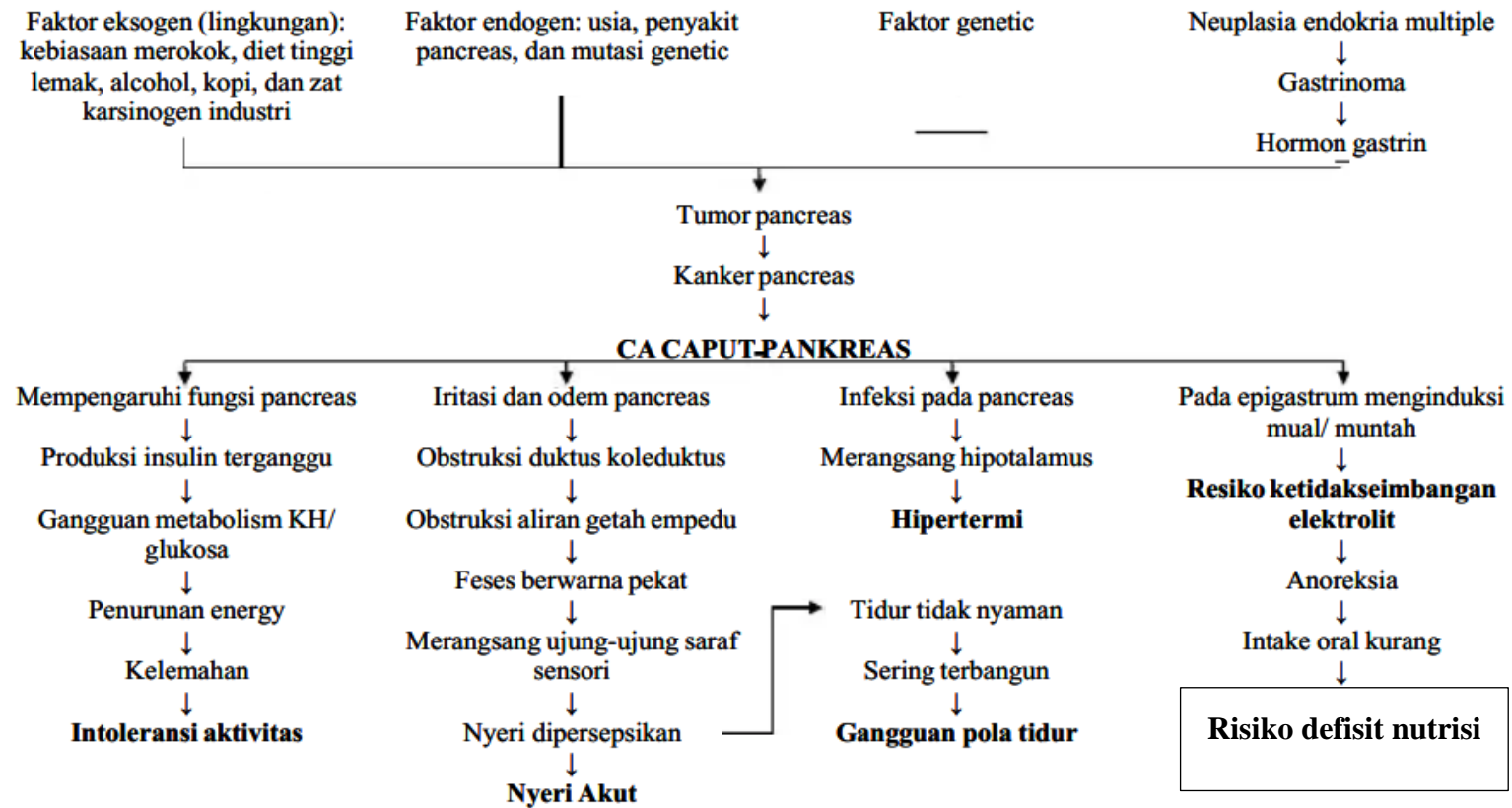
2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien .Pada pasien dengan Tumor pankreas dapat dinilai hasil perawatan dengan melihat catatan perkembangan, hasil pemeriksaan klien, melihat langsung keadaan dan keluhan klien, yang timbul sebagai masalah berat.

Evaluasi harus berdasarkan pada tujuan yang ingin dicapai. Evaluasi dapat dilihat 4 kemungkinan yang menentukan tindakan-tindakan perawatan selanjutnya antara lain :

- a. Apakah pelayanan keperawatan sudah tercapai atau belum
- b. Apakah masalah yang ada telah terpecahkan/teratasi atau belum
- c. Apakah masalah sebagian terpecahkan/tidak dapat dipecahkan
- d. Apakah tindakan dilanjutkan atau perlu pengkajian ulang

2.2.6. Kerangka masalah (WOC)



Gambar 2.2.7 Kerangka Masalah

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang asuhan keperawatan medikal bedah dengan Ca Caput Pankreas, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 jam 09.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari anak pasien dan file No. Register 00.00.XX sebagai :

3.1. PENGKAJIAN

3.1.1. Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. M usia 57 tahun, beragama katolik, bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien adalah seorang karyawan swasta. Pasien tinggal di NTT.

3.1.2. Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri perut.

3.1.3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan sudah merasakan nyeri punggung dan perut bawah pada bulan November 2021 dan mengalami pendarahan di lambung, lalu dibawa ke rumah sakit ende untuk melakukan transfusi darah 10 bag selama 2 kali. Pada tanggal 9 Januari 2022 pasien datang di RSPAL Dr. Ramelan surabaya karena rujukan dari rumah sakit ende, lalu diperiksa di IGD ternyata ada benjolan di lambung dan langsung di nyatakan oleh dokter dengan diagnosa *ca caput pankreas*.

3.1.4. Riwayat Penyakit Dahulu

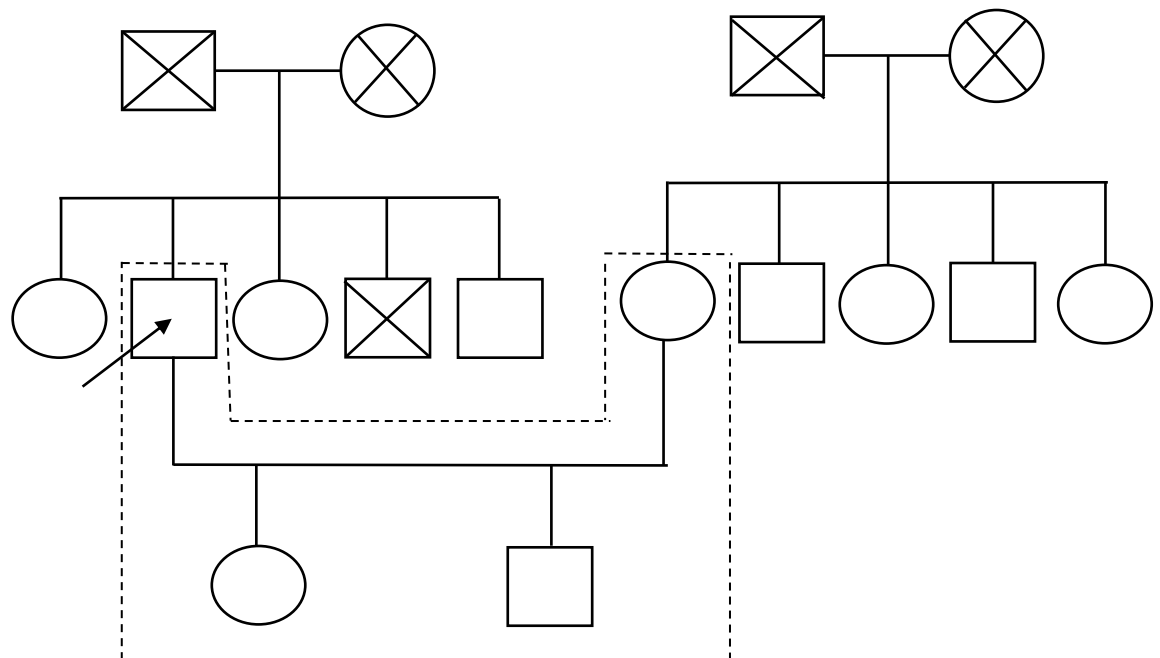
Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami penyakit yang di alami sekarang.

3.1.5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwa tidak ada Riwayat penyakit yang sama. Dan dari anggota keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan.

3.1.6. Pengkajian keluarga

1. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

→ : pasien

----- : tinggal serumah

⊗ : meninggal

2. Psikososial keluarga

Keluarga pasien selalu cemas terutama anak pasien, anak pasien sering kapan ayahnya bisa pulang, anak pasien kelihatan cemas. anak pasien berharap ayahnya sembuh supaya bisa kembali kerumah.

3.1.7. Riwayat alergi

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skin test.

3.1.8. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien sadar, kesadaran compos mentis observasi tanda-tanda vital tensi 119/86 mmHg, nadi: 79x/menit, suhu: 36°C, RR: 20x/menit, SpO2: 96%. GCS : E: 4, M: 5, V: 6 total 15. tinggi badan 170 cm , berat badan sebelum masuk rumah sakit 70 kg, berat badan saat pengkajian 67 kg.

1. B1 Sistem pernafasan (*breathing*)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien reguler, kelainan tidak ada, Pola nafas normal, tidak ada taktil/vocal fremitus, sesak nafas tidak ada, pasien tidak batuk, sputum tidak ada. Sianosis tidak ada, Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, RR: 20x/menit.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. B2 Sistem kardiovaskuler (*blood*)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat lesi ataupun benjolan, conjungtiva anemis, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan palpasi, Ictus cordis

teraba pada ICS 4-5 mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik. Akral teraba hangat, kering, merah pada bagian ekstremitas atas dan bawah. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara peka. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Pemeriksaan auskultasi terdapat bunyi jantung S1 S2 tunggal, mur-mur (-), gallop (-), irama jantung reguler. Tidak ada pendarahan, terpasang cvp

Masalah Keperawatan : risiko infeksi

3. B3 Sistem Persyarafan (*brain*)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk hidung simetris, septum simetris, tidak ada gangguan atau kelainan pada penciuman pasien, reaksi pupil (+) diameter 3 mm, tidak ada kejang. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzki (-), Kerniks (-). Pemeriksaan perkusi pada triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+) dan achiles (+/+). Pada pemeriksaan nervus :

Nervus Kranial I : tidak ada gangguan, Nervus Kranial II : Tn. M dapat melihat normal, Nervus Kranial III : Tn. M dapat melihat dengan jelas dan normal, Nervus kranial IV : Tn. M dapat menggerakkan bola mata, Nervus kranial V : Tn. M tidak dapat mengunyah dan menelan, Nervus kranial VI : Tn. M dapat menggerakkan bolamata kearah lateral, Nervus kranial VII : Wajah Tn. M berbentuk simetris, Nervus kranial VIII: Tn. M dapat tersenyum dengan simetris, Nervus kranial IX : Tn. M t dapat menelan, Nervus kranial X : Tn. M mampu menelan secara pelan, Nervus kranial XI

: Tn. M mampu menggerakkan bahu, Nervus kranial XII: Tn. M mampu menggerakkan lidah sebelah kiri

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

4. B4 perkemihan (*bleeder*)

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang alat bantu, tidak ada nyeri tekan .Eliminasi uri SMRS frekuensi 3-4x/hari dengan Jumlah 2500/24 jam dengan berwarna: Kuning bening, sedangkan Eliminasi urin MRS frekuensi 3x /hari dengan jumlah 2500/24 jam Warna: Merah Bening terpasang alat bantu yaitu kateter terpasang tanggal 12 Januari 2022.

Masalah Keperawatan: Risiko infeksi.

5. B5 Sistem pencernaan (*bowel*)

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih tidak ada sariawan, membran mukosa lembab, lidah tampak bersih, tidak ada gigi palsu, tidak terdapat tonsilitis, faring baik, kerongkongan baik tidak ada sumbatan, lambung normal Frekuensi bising usus normal 5-30 kali per menit, pasien terpasang NGT, **diit air gula dan susu ensure**, Tidak ada nyeri telan. Untuk eliminasi alvi SMRS dengan Frekuensi 2x/hari berwarna kuning Konsistensi: Lunak, Sedangkan Eliminasi alvi MRS dengan Frekuensi: tidak BAB sama sekali

Masalah Keperawatan: Defisit nutrisi

6. B6 Sistem Muskuluskeletal & Integumen (*Bone*)

Warna kulit pasien sawo matang, tampak kulit pasien kering pucat dan terasa hangat, tidak ada lesi atau odem ada luka bekas operasi di daerah

perut , ROM bebas bergerak , turgor kulit elastis <2 detik, tulang pasien tidak ada gangguan atau fraktur.

Masalah Keperawatan: risiko infeksi, nyeri akut

7. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran tyroid, hiperglikemia (dalam batas normal), tidak ada hipoglikemia.

8. Seksual-Reproduksi

Pasien tidak pernah memeriksa masalah reproduksi, seksual yang berhubungan dengan penyakit tidak ada, pasien tidak Menstruasi.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

9. Kemampuan Perawatan Diri

Aktivitas	SMRS	MRS
Mandi	1	3
Berpakaian/ dandan	1	3
Toileting/ eliminasi	1	3
Mobilitas di tempat tidur	1	3
Alat bantu berupa	1	3
Berjalan	1	1
Naik Tangga	1	-
Berbelanja	1	-
Memasak	1	-
Pemeliharaan rumah	1	-
Berpindah	-	-

Keterangan

- Skor 1: Mandiri
 2: Alat bantu
 3: Dibantu orang lain dan alat
 4: Tergantung/ tdk mampu

Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri

10. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit : mandi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, pasien keramas dalam 2 hari sekali, oral hygiene 2x/hari, memotong kuku

2minggu sekali,. Saat masuk rumah sakit: pasien mandi 1x/hari dimandikan oleh anaknya, ganti pakaian 1x/hari, oral hygiene 1x/hari.

Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri

11. Pola tidur

Pola istirahat tidur pasien SMRS, pasien mengatakan saat tidur nyenyak dan merasa waktu istirahat tidur cukup. Pasien mengatakan saat MRS jam tidur kurang, sekitar 3-4 jam/ hari karena pasien merasa tidak nyenyak, tidur terganggu, dan semalam terbangun dikarenakan timbul rasa nyeri bekas luka operasi.

Masalah Keperawatan: Gangguan pola tidur

12. Kognitif perseptual-psiko-sosio-spiritual

Persepsi pasien terhadap sehat sakit “pasien mengatakan menyadari akan penyakitnya, pasien menerima kondisi sakitnya saat ini dan pasien meminta kesembuhan kepada tuhan agar cepat sembuh dan bisa segera pulang”.

Konsep diri :

- 1) Gambaran diri : pasien menyukai seluruh anggota tubuhnya dan mensyukuri apa yang dimiliki.
- 2) Ideal diri : pasien mengatakan berharap agar bisa cepat pulang.
- 3) Harga diri : pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya.
- 4) Identitas diri : pasien merupakan seorang laki- laki.
- 5) Peran : pasien merupakan seorang ayah yang mempunyai 2 anak

Kemampuan bicara pasien baik dan normal, bahasa yang digunakan sehari-hari yaitu bahasa Indonesia, pasien menerima sakitnya sebagai ujian atau cobaan dari Tuhan,

3.1.9. Pemeriksaan penunjang

1. Tabel 3.1 Laboratorium Tn. M

Hasil laboratorium tanggal 09 Januari 2022			
No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1	Hematologi Darah Lengkap 1. Leukosit	H 12.32	• 4.0 – 10.0
	Hitung Jenis leukosit : 1. Eosinofil# 2. Eosinofil% 3. Basofil# 4. Basofil% 5. Neutrofil# 6. Neutrofil% 7. Limfosit# 8. Limfosit% 9. Monosit# 10. Monosit%	1.00 0.03 0.13 1.00 0.2 H 11.64 H 87.40 L 0.78 L 5.00 0.74 5.50	• 0,02 – 0,50 • 0,5 – 5,0 • 0,00 – 0,10 • 0,0 – 0,1 • 2,00 – 7,00 • 50,0 – 70,0 • 0,80 – 4,00 • 20,0 – 40,0 • 0,12 – 1,20 • 3,0 – 12,0
	Hemoglobin Hematokrit Eritrosit Indeks Eritrosit : 1. MCV 2. MCH 3. MCHC RDW_CV RDW_SD Trombosit	L 11.30 L 32.10 4.40 L 73.0 L 25.7 35.3 H 22.0 H 63.0 H 172.00	7 – 20 37,0 – 47,0 3,50 – 5,00 • 80 – 100 • 26 – 34 • 32 – 36 11,0 – 16,0 35,0 – 56,0 150 – 450
	Indeks Trombosit 1. MPV 2. PDW 3. PDW P-LCC P-LCR	7.7 15.4 L 0.363 60.0 12.7	• 6,5 – 12,0 • 15 – 17 • 6,5 – 12,0 30 – 90 11,0 – 45,0
2	Fungsi Hati 1. SGOT 2. SGPT	H 72 H 68	0-50 0-50
3	Diabetes Glukosa Darah Sewaktu	H 130	74-106

4	Fungsi Ginjal		
	1. Kreatinin	1.11	0,6-1,5
	2. BUN	17	10-24
5	Imunologi Antigen SARS-coV 2	Negatif	Negatif

2. Photo

Foto thorax tanggal 09 Januari 2022 normal,

Kesimpulan :

Cor : Besar dan bentuk normal

Pulmo : tidak tampak infiltrat/perselubungan

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Diaphragma kiri kanan baik

Tulang – tulang baik

3. Penatalaksanaan

Tabel 3.2 Terapi Obat

Terapi Tanggal: 17-01 2022				
No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Paracetamol 500 mg	3x1 Tab	Oral	Untuk meredakan sakit kepala dan nyeri ringan, serta demam.
2	Primperan 10 mg	2x1 Tab	Oral	Meredakan Mual Muntah
3	Ringer lactate	500cc/ 24 jam	IV	Sumber elektrolit dan air
4	Ondancentron	2x1 amp	IV	mencegah mual dan muntah yang disebabkan oleh kemoterapi kanker, terapi
5	Ceftriaxone	2x1 amp	IV	untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif.

6	NS 0,9%	500cc/ 24 jam	IV	Mengatasi kadar natrium yang rendah, kadar kalium rendah, kadar magnesium rendah, tingkat kalsium yang rendah, dan kehilangan cairan.
7	Antrain-inj	2x1 1 mg vial	IV	Pereda Nyeri
8	Omeprazole-inj	1x1 1mg Amp ul	IV	Mengatasi gangguan lambung, seperti penyakit asam lambung dan tukak lambung.
9	Triomix E 1000	500cc	IV	Memenuhi kebutuhan energi total dan parsial, serta elektrolit secara parenteral

3.2. Analisa data

Tabel 3.3 Diagnosa masalah keperawatan

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1	<p>Ds : Pasien mengeluh nyeri di perut P : Nyeri saat mobilisasi Q : Rasanya seperti di tekan R : Di daerah perut bagian kiri bawah S : Pada skala 5 (0-10) T : Selama kurang lebih 5 menit Do :</p> <p>a) Tanda – tanda vital Tekanan Darah : 119/86 mmHg Nadi :79 x / menit Respiration Rate : 20 x / menit Suhu : 36°C Terpasang perban pada perut bagian kiri bawah menutupi luka post op</p> <p>b) Pasien tampak meringis c) Pasien terlihat hati-hati saat berpindah posisi d)</p>	Prosedur post op ca caput pankreas	Nyeri akut
2	<p>Ds : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan saat pemasangan kateter Do :</p> <p>e) Tanda – tanda vital Tekanan Darah : 119/86 mmHg Nadi :79 x / menit Respiration Rate : 20 x / menit Suhu : 36°C</p> <p>f) Terpasang perban di perut bagian bawah kiri menutupi luka bekas post op, tidak ditemukan tanda- infeksi seperti rubor, kalor, dan dolor.</p>	Efek post op ca caput pankreas	Risiko Infeksi

	<p>g) Terpasang kateter dengan produksi urine 2500 cc/24 jam .</p> <p>h) Hasil lab leukosit 13.32 (normal 4.00 – 10.00).</p> <p>i) Pasien terpasang cvp di bahu kiri atas tanggal 12 Januari 2022.</p> <p>j) Pasien terpasang kateter 12 Januari 2022</p>		
3	<p>Ds :</p> <p>Do :</p> <p>k) Pasien terpasang selang NGT, diit air gula dan susu ersure.</p>	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit nutrisi
4	<p>Ds : Pasien mengatakan sulit tidur dan terbangun di saat tidur karena timbul nyeri.</p> <p>Do : Pasien tampak kusam dan lemas. Pasien terlihat gelisah, pasien tidur 3-4 jam/hari.</p>	Nyeri luka post op ca caput pankreas	Gangguan pola tidur
5	<p>Ds : Pasien mengatakan bahwa dia tidak mampu untuk melakukan aktivitas mandi dan toileting secara mandiri.</p> <p>Do : ADL pasien dibantu oleh anaknya</p>	Kelemahan	Defisit perawatan diri

3.3. Prioritas masalah

Tabel 3.4 Prioritas masalah keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		ditemukan	teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan post op ca caput pankreas	17 Januari 2022	20 Januari 2022	MHDS
2	Risiko infeksi berhubungan dengan post opca caput pankreas	17 Januari 2022	20 Januari 2022	MHDS
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan	17 Januari 2022	19 Januari 2022	MHDS
4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri luka post op ca caput pankreas	17 Januari 2022	20 Januari 2022	MHDS
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	17 Januari 2022	20 Januari 2022	MHDS

3.4. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan post op ca caput pankreas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka di harapkan pasien menunjukkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun. b. Meringis menurun. c. Gelisah menurun. d. Kesulitan tidur menurun (SLKI,145)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor lokasi nyeri 2. Memonitor skala nyeri 3. Memberikan metode teknik nonfarmakologis 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman 5. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam 6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan distraksi 7. Memberikan analgetik 	<p>mengetahui lokasi nyeri dan menilai tingkatan nyeri yang dialami pasien</p> <p>teknik nonfarmakologi membantu dalam mengurangi rasa nyeri lingkungan yang nyaman dapat menurunkan stimulus nyeri yang dirasa oleh pasien</p> <p>mempraktekkan teknik relaksasi dan distraksi dapat mengurangi tingkatan nyeri pasien</p> <p>pemberian analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri</p>

2	Risiko infeksi berhunungan dengan post op ca caput pankreas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka di harapkan pasien menunjukkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil : 1. Tidak terjadi infeksi 2. Leukosit normal 3. Tanda-tanda infeksi tidak ada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 6. Mengkolaborasi pemberian injeksi 	<p>Agar mengetahui tanda dan gejala infeksi local dan sistemik pada klien</p> <p>Agar terhindar dari infeksi</p> <p>Agar mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> <p>Agar mencuci tangan dengan benar dan terhindar dari bakteri ataupun kuman</p> <p>Agar klien bisa memeriksa kondisi lukanya</p> <p>Untuk meningkatkan daya tubuh pada klien</p>
3	Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka di harapkan pasien menunjukkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Indeks massa tubuh membaik 2. Frekuensi makan membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi makanan yang disukai 3. Memonitor asupan makanan 4. Memonitor berat badan 5. Melakukan oral hygiene sebelum makan 	<p>Untuk mengetahui status nutrisi pasien</p> <p>Untuk mengetahui apakah pasien mempunyai riwayat alergi</p> <p>Supaya pasien tidak tersedak saat makan</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Nafsu makan membaik 4. Bising usus membaik 5. Membran mukosa membaik <p>(SLKI,121)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang disesuaikan 7. Memberikan suplemen 8. Menganjurkan posisi duduk, jika perlu 9. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu <p>(SIKI, Hal : 200)</p>	<p>Agar pasien dapat diet secara terprogram dan terkonsep</p> <p>Supaya nutrisi yang di dapatkan pasien seimbang dengan apa yang di butuhkan pasien</p>
4.	Gangguan pola tidur b.d Nyeri luka post op ca caput pankreas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka di harapkan pasien menunjukkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur membaik 2. Keluhan tidak puas membaik 3. Keluhan istirahat tidak cukup membaik <p>(SLKI,96)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola aktivitas dan tidur 2. Memonitor faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis) 3. Memonitor obat tidur yang di konsumsi 4. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupesur) 	<p>Agar mengetahui bagaimana pola tidur di Rumah Sakit dan sebelum masuk Rumah Sakit</p> <p>Agar mengetahui apa yang membuat pasien susah untuk tidur</p> <p>Agar perawat mengetahui dosis obat tidur yang biasa di minum oleh pasien agar tidak terjadi kesalahan saat pemberian</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 7. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya 	<p>Untuk membuat pasien dapat tidur dengan nyenyak dan tidak stress</p>
5	Defisit perawatan diri b.d kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka di harapkan pasien menunjukkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat <p><i>(SLKI,81)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Memonitor tingkat kemandirian 3. Menyiapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 4. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri pasien</p> <p>Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien</p> <p>Agar perawat mengetahui pasien melakukan perawatan diri sampai mandiri</p>

3.5. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi keperawatan

No Dx	Waktu (Tgl & Jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1,2,3,4,5	17-01-2022 09:00		MHDS	18-01-2022 07:00	DX I : Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	MHDS
	09:05	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien			S : pasien mengatakan nyerinya seperti di tekan luka bekas operasi	
	11:00	Membina hubungan saling percaya : mengucap salam, memperkenalkan diri dan menanyakan keluhan pasien Memeriksa TTV :			P : Nyeri saat mobilisasi Q : Rasanya seperti di tekan R : Di daerah perut bagian kiri bawah S : Pada skala 5 (0-10) T : Selama kurang lebih 5 menit O : pasien tampak meringis kesakitan	

	<p>11:20</p> <p>11:30</p> <p>13.30</p>	<p>TD : 119/86 MmHg</p> <p>N : 79 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>S : 36⁰C</p> <p>SPO2 : 96%</p> <p>Mengkaji tingkat nyeri pasien</p> <p>Hasil : nyeri di bekas operasi, skala nyeri 5 dari 10</p> <p>Mengganti cairan infus NS 500 ml melalui cvp</p> <p>Hasil : menetes lancar, tidak ada kemerahan, tidak bengkak</p>		<p>A : masalah belum terarasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan(observasi TTV, observasi nyeri)</p> <p>DX II : Risiko Infeksi b.d efek prosedural invasif</p> <p>S : pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus</p> <p>O :</p> <p>l) Terpasang infus cvp Ns 500 ml dan triomix E 1000</p> <p>m) Terpasang kateter 2500/24 jam</p> <p>n) Terpasang NGT</p> <p>A : masalah belum teratasi</p>	
--	--	---	--	--	--

	14.00	<p>Memberi terapi obat pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - injeksi ondancetron - injeksi ceftriaxone - injeksi antrain - injeksi omeprazole - injeksi cinam <p>Mengganti infus metronidazole 500 ml</p> <p>Hasil : menetes lancar, tidak ada kemerahan, tidak bengkak</p>			<p>P : intervensi dilanjutkan (observasi tanda-tanda infeksi)</p> <p>DX III : Defisit nutrisi b.d</p> <p>Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>S : pasien mengatakan masih belum bisa makan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> o) Pasien terpasang selang NGT p) Nafsu makan menurun <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (memonitor asupan makanan)</p> <p>DX IV : Gangguan pola tidur b.d</p> <p>kelemahan</p>	
--	-------	--	--	--	---	--

					<p>S : pasien mengatakan nyeri di perutnya masih terasa</p> <p>O : Tidur terbagun karena nyeri diperut masih terasa</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (memonitor pola tidur)</p> <p>DX V : Defisit perawatan diri b.d kelemahan</p> <p>S : pasien mengatakan selama aktifitas di RS di bantu oleh anaknya.</p> <p>O : pasien diseka oleh anaknya</p> <p>A : masalah belum teratasi</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					P : intervensi dilanjutkan (memonitor perawatan diri pasien)	
1,2,3,4,5	18-01-2022		MHDS	19-01-2022	DX I : Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	MHDS
	11:00	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien		08:30	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang	
	11:10	Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan menanyakan keluhan pasien			P : Nyeri saat mobilisasi	
	11:30	Mengkaji tingkat nyeri pasien Hasil : skala 3 dari 10			Q : Rasanya seperti di tekan	
	11:50	Mengatur jadwal pasien untuk diit susu ensure 2 jam/ 100cc			R : Di daerah perut bagian kiri bawah	
					S : Pada skala 3 (0-10)	
					T : Selama kurang lebih 5 menit	
					O : - TD : 107/82 MmHg	
					N : 82 x/menit	
					RR : 20 x/menit	
					S : 36.4 ⁰ C	

	12:00	Memeriksa TTV pasien TD : 107/82 MmHg N : 82 x/menit RR : 20 x/menit S : 36.4 ⁰ C SPO2 : 96 %			SPO2 : 96 % A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan (observasi TTV, observasi nyeri) DX II : Risiko Infeksi b.d efek prosedural invasif S : : pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus	
	12:30	Memberi terapi pasien - injeksi ondancetron - injeksi ceftriaxone - injeksi antrain - injeksi omeprazole - injeksi cinam			O : - pasien terpasang infus cvp furolit 500 ml dan Ns 100 ml - tidak terpasang kateter A : masalah teratasi sebagian	
	13:00	Mengganti infus futrolit 500 ml			P : intervensi dihentikan	

	14:00	<p>Hasil : menetes lancar, tidak ada kemerahan, tidak bengkak</p> <p>Melepas selang NGT dan menanyakan pasien teasa mual atau tidak</p> <p>Melepas selang kateter</p>		<p>DX III : Defisit nutrisi b.d</p> <p>Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>S : pasien mengatakan masih belum bisa makan</p> <p>O :</p> <p>q) Tidak terpasang selang NGT</p> <p>r) Nafsu makan membaik</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>DX IV : Gangguan pola tidur b.d</p> <p>kelemahan</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri di perutnya sudah tidak terasa</p>	
--	-------	---	--	--	--

					<p>O : pasien sudah tidak terbagun karena nyeri diperut sudah tidak terasa</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>DX V : Defisit perawatan diri b.d kelemahan</p> <p>S : pasien mengatakan selama aktifitas di RS di bantu oleh anaknya.</p> <p>O : pasien masih di seka oleh anaknya</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (memonitor perawatan diri pasien)</p>	
--	--	--	--	--	---	--

1,2	19-01-2022	<p>Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</p> <p>Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan menanyakan keluhan pasien</p> <p>Merawat luka dan melepas cvp</p>	MHDS	20-01-2022	<p>DX I : Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O : - TD : 107/82 MmHg</p> <p>N : 82 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>S : 36.4⁰C</p> <p>SPO2 : 96 %</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan pasien pulang</p> <p>DX II : Risiko Infeksi b.d efek prosedural invasif</p> <p>S : : pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus</p>	MHDS
-----	------------	--	-------------	------------	--	-------------

					<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- tidak terpasang infus cvp- tidak terpasang kateter <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan pasien pulang</p> <p>DX III : Defisit nutrisi b.d</p> <p>Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>S : pasien mengatakan masih belum bisa makan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">s) Tidak terpasang selang NGTt) Nafsu makan membaik <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>DX IV : Gangguan pola tidur b.d kelemahan</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri di perutnya sudah tidak terasa</p> <p>O : pasien sudah tidak terbagun karena nyeri diperut sudah tidak terasa</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan pasien pulang</p> <p>DX V : Defisit perawatan diri b.d kelemahan</p> <p>S : pasien mengatakan aktifitasnya sudah mandiri.</p> <p>O : ADLnya sudah mulai mandiri</p> <p>A : masalah teratasi</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					P : intervensi hentikan pasien pulang	
--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis menguraikan hasil proses keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn. M dengan diagnosa medis *Post Op Operation Malignant Neoplasm Ca Caput Pankreas* diruang H1 RSPAL Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada tahap pengkajian keluhan utama yang dirasakan pasien adalah nyeri pada perut bagian kiri bawah bekas luka operasi. Tanda-tanda vital tekanan darah 119/86 mmHg, nadi 79 x / menit (reguler), respiration rate 20 x / menit, suhu 36,2°C, pasien tampak meringis, pasien terlihat hati-hati saat berpindah tempat. Akibat nyeri yang di timbulkan, pasien juga juga mengeluh tidak bisa tidur dan sering terbangun disaat tidur. Selain itu ada risiko infeksi yang di tandai dengan luka bekas operasi pada perut bagian kiri bawah dibalut perban dengan ukuran 10 x15 cm, tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti (rubor, kalor, dan dolor), terpasang kateter dengan produksi urine 2500 cc/ 24 jam.

Tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, alasan pasien datang ke rumah sakit adalah mengeluh adanya benjolan di lambung.

Sedangkan keluhan utama yang muncul saat pengkajian adalah nyeri yang disebabkan oleh prosedur invasif pembedahan.

4.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 6 yaitu :

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (**SDKI, D.0056, Hal.128**)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (**SDKI, D.0077, Hal.172**)
3. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) (**SDKI, D.0130, Hal.284**)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (**SDKI, D.0056, Hal.128**)
5. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan efek samping prosedur (mis. Pembedahan) (**SDKI, D.0037, Hal.88**)
6. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan tidakmampuan menelan makanan (**SDKI, D.0032, Hal.81**)

Diagnosis keperawatan pada pasien Tn. M post operasi yang muncul, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan post op ca caput pankreas hal ini dibuktikan dengan :
P : Nyeri saat mobilisasi
Q : Rasanya seperti di tekan
R : Di daerah perut bagian kiri bawah
S : Pada skala 5 (0-10)
T : Selama kurang lebih 5 menit

Hal inilah dasar saya mengangkat diagnosa medis nyeri akut.

2. Risiko infeksi berhubungan dengan post op ca caput pankreas hal ini dibuktikan dengan :

Pasien terpasang kateter urine dan terpasang cvp. Dengan adanya alat medis yang masuk ke dalam tubuh, kemungkinan besar akan mengakibatkan infeksi. Hal inilah dasar saya mengangkat diagnosis risiko infeksi.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan hal ini dibuktikan dengan :

Pasien terpasang selang NGT, diit air gula dan susu ensure. Hal inilah dasar saya mengangkat diagnosis defisit nutrisi.

4. Gangguan pola tidur b.d Nyeri luka post op ca caput pankreashal ini dibuktikan dengan :

Pasien tampak sering terbangun dari tidur karena nyeri yang sering timbul. Hal inilah dasar saya mengangkat diagnosis gangguan pola tidur.

5. Pasien terlihat lemas dan kebutuhan sehari-hari pasien dibantu keluarga seperti mandi, makan, eliminasi, dan lain-lain. Hal ini dasar saya mengangkat diagnosa Defisit Perawatan Diri.

4.3. Perencanaan

Dalam penyusunan intervensi keperawatan yang direncanakan pada Tn. M dengan Ca Caput Pankreas , penulis membuat sesuai dengan prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil. Sehingga tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Pada

perencanaan ini tidak jauh berbeda antara tinjauan teori yaitu digunakan SLKI PPNI 2018.

Pada kasus Tn. M penetapan tujuan dan kriteria hasil serta intervensi keperawatan, penulis berpedoman penuh pada SLKI yang telah direncanakan pada teori sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Tinjauan kasus yang dilaksanakan atas dasar teori yang di buat bab II dan intervensi yang diberikan disesuaikan dengan kondisi pasien dan lingkungan.

4.4. Pelaksanaan

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien merupakan rangkaian dari seluruh rencana tindakan yang dibuat berdasarkan teori dan kasus

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) dilakukan tindakan keperawatan dengan mengidentifikasi lokasi nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan memberikan terapi analgesik (antrain 2x1).
2. Defisit perawatan diri b.d kelemahan dilakukan tindakan keperawatan dengan menyeko pasien dan mengganti pakaian pasien dengan yang bersih.
3. Risiko infeksi b.d efek prosedural invasif dilakukan tindakan keperawatan berupa perawatan luka, melepas alat medis yang ada ditubuh pasien meliputi kateter urine dan cvp.
4. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan dilakukan tindakan keperawatan membuat jadwal diit air gula dan susu ensure setiap 2 jam/100cc.
5. Gangguan pola tidur b.d Nyeri, situasional (personal, lingkungan) dilakukan tindakan keperawatan mengkaji faktor-faktor lingkungan yang membuat pasien sulit tidur, menanyakan perubahan apa yang dapat memfasilitasi tidur

bagi pasien, mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi (menarik nafas dalam).

Adapun hambatan penulis yang dihadapi antara lain penulis tidak bisa mengawasi pola tidur pasien karena penulis 8 jam saja di rumah sakit tetapi hambatan itu dapat diatasi dari hasil wawancara dengan pasien dan anak pasien yang didapatkan untuk melengkapi data penulis mengenai gangguan pola tidur.

4.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari mulai tanggal 19 Januari 2022 di Ruang H1 yaitu evaluasi formatif. Adapun data yang diperoleh dari diagnosa keperawatan antara lain :

Nyeri akut berhubungan dengan prosedur invansive pembedahan post op ca caput pankreas, evaluasi dilakukan pada tanggal 18 Januari 2022 pukul 07.00 dengan S (subjective) : pasien mengatakan nyerinya seperti di tekan luka bekas operasi, dengan pengkajian nyeri P : nyeri saat mobilisasi , Q : rasanya seperti ditekan, R : perut bawah bagian kiri, S : skala 5 dari 10, T : \pm 5 menit, O (objective) : pasien tampak meringis kesakitan, observasi tanda-tanda vital TD : 119/86 MmHg, N : 79 x/menit, RR : 20 x/menit , S : 36⁰C, SPO2 : 96%, A (assesment) : masalah belum teratasi, P (plan) : lanjutkan intervensi (observasi TTV, observasi nyeri). Pada tanggal 19 Januari 2022 pukul 08:30 didapatkan data S (subjective) : pasien mengatakan nyeri berkurang, dengan pengkajian nyeri P : nyeri saat mobilisasi, Q : rasanya seperti di tekan, R : perut bawah bagian kiri, S : 3 dari 10 , T : \pm 5 menit, O (objective) : observasi tanda-tanda vital TD : 107/82 MmHg , N : 82 x/menit, S : 36,4⁰C, RR : 20 x/menit, SPO2 : 96 % . A (assesment) : masalah teratasi sebagian, P (plan) : lanjutkan intervensi (observasi TTV, observasi nyeri).

Pada tanggal 20 Januari 2022 pukul 10:10 didapatkan data S (subjective) : Pasien mengatakan nyeri berkurang, tidak merasa mual dan pusing saat duduk. O (objective) : observasi tanda-tanda vital TD : 107/82 MmHg, N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.4⁰C, SPO2 : 96 %, A (assesment) : masalah teratasi, P (plan) : intervensi dihentikan.

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif post op ca caput pankreas, evaluasi dilakukan pada tanggal 18 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus, O (objective) : terpasang infus cvp Ns 500 ml dan triomix E 1000, terpasang kateter urine 2500/24 jam, A (assesment) : masalah belum teratasi , P (plan) : intervensi dilanjutkan (observasi tanda-tanda infeksi). Pada tanggal 19 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus, O (objective) : terpasang infus furolit 500 ml dan Ns 100 ml,, A (assesment) : masalah teratasi sebagian , P (plan) : intervensi dihentikan. Pada tanggal 20 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus, O (objective) : Tidak terpasang infus, tidak terpasang kateter, A (assesment) : masalah teratasi , P (plan) : intervensi dihentikan pasien pulang.

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan evaluasi dilakukan pada tanggal 18 Januari 2022 didapatkan data S (subjective) : pasien mengatakan masih belum bisa makan, O (objective) : pasien terpasang selang NGT, nafsu makan menurun, A (assesment) : masalah belum teratasi, P (plan) : intervensi dilanjutkan (memonitor asupan makanan). Pada tanggal 19 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan masih belum bisa makan, O (objective) : tidak terpasang selang NGT, nafsu makan membaik, A

(assesment) : masalah teratasi sebagian, P (plan) : intervensi dihentikan. Pada tanggal 20 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan masih belum bisa makan, O (objective) : tidak terpasang selang NGT, nafsu makan membaik, A (assesment) : masalah teratasi, P (plan) : intervensi dihentikan pasien pulang.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri post op ca caput pankreas, evaluasi dilakukan pada tanggal 18 Januari 2022 S (subjective) : pasien mengatakan nyeri di perutnya masih terasa, O (objective) : tidur terbangun karena nyeri diperut masih terasa, A (assesment) : masalah belum teratasi, P (plan) : intervensi dilanjutkan (memonitor pola tidur). Pada tanggal 19 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan nyeri di perutnya sudah tidak terasa O (objective) : pasien sudah tidak terbangun karena nyeri diperutnya sudah tidak terasa A (assesment) : masalah teratasi sebagian P (plan) : intervensi dihentikan. Pada tanggal 20 Januari 2022 di dapatkan S (subjective) : pasien mengatakan nyeri di perutnya sudah tidak terasa O (objective) : pasien sudah tidak terbangun karena nyeri diperutnya sudah tidak terasa A (assesment) : masalah teratasi P (plan) : intervensi dihentikan pasien pulang.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, evaluasi dilaksanakan pada tanggal 18 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan selama aktifitas di RS dibantu oleh anaknya, O (objective) : pasien di seka oleh anaknya, A (assesment) : masalah belum teratasi, P (plan) : intervensi dilanjutkan (memonitor perawatan diri pasien). Pada tanggal 19 Januari 2022 di dapatkan S (subjective) : pasien mengatakan selama aktifitas di RS di bantu oleh anaknya, O (objective) : pasien masih di seka oleh anaknya, A (asesment) :

masalah belum teratasi, P (plan) : intervensi dilanjutkan (memonitor perawatan diri pasien). Pada tanggal 20 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan aktifitasnya sudah mandiri, O (objective) : ADLnya sudah mulai mandiri, A (asesment) : masalah teratasi, P (plan) : intervensi di hentikan pasien pulang.

Berdasarkan tindakan yang dilakukan selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi akhir (evaluasi sumatif) dengan hasil Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sudah teratasi, dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 20 Januari 2022. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif sudah teratasi, dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 20 Januari 2022. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan sudah teratasi, dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 20 Januari 2022, gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri, situasional (personal, lingkungan) sudah teratasi, dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 20 Januari 2022, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan sudah teratasi, dapat dapat ter capainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 20 Januari 2022.

Evaluasi dari tindakan keperawatan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya seperti perawat dan dokter penanggung jawab.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus *Ca Caput Pankreas* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan *Ca Caput Pankreas*.

5.1. Kesimpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tumor Otak, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada saat pengkajian pasien post operasi mengeluh nyeri di luka bekas operasi.
2. Masalah keperawatan yang muncul ialah Nyeri akut berhubungan dengan prosedur invasif pembedahan, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri, situasional(personal, lingkungan). Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
3. Nyeri akut berhubungan dengan prosedur invasif pembedahan, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri menurun atau hilang. Kriteria hasil : pasien tidak mengeluh nyeri, tanda-tanda vital terutama pada tekanan darah dalam batas normal. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invansif diharapkan eliminasi urine tetap lancar dan tidak ada hambatan. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, situasional

(personal, lingkungan, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik. Kriteria hasil : Keluhan sulit tidur membaik, Keluhan tidak puas membaik, Keluhan istirahat tidak cukup membaik. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat. kriteria hasil : pasien mampu toileting dengan mandiri tanpa bantuan.

4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien Ca Caput Pankreas adalah memberikan pasien teknik nafas dalam, dan menganjurkan pasien untuk tetap makan sedikit tetapi sering. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien dan keluarga dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara klien, keluarga klien dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn .M sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dank lien KRS pada tanggal 20 Januari 2022.
6. Pada dokumentasi perawat telah melakukan pengkajian pada pasien Ca Caput Pankreas, melakukan perencanaan tindakan terhadap pasien Ca Caput Pankreas, melakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada Ca Caput Pankreas, dan melakukan evaluasi terhadap pasien Ca Caput Pankreas hingga pasien sembuh dan bisa KRS dengan lancar.

5.2. Saran

Dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan maka penulis mengemukakan saran yang mungkin bermanfaat untuk penanganan khususnya

terhadap pasien dengan gangguan system pencernaan Ca Caput Pankreas sebagai berikut.

1. Bagi Rumah Sakit

Seorang perawat perlu memperhatikan kondisi pasien secara komperhensif, tidak hanya fisik tetapi semua aspek manusia sebagai satu kesatuan yang utuh yang meliputi biopsiko-sosial-kultural-spiritual.

2. Bagi pendidikan

Diharapkan berperan serta dalam peningkatan kualitas perawat dengan cara menyediakan akses yang mudah bagi perawat untuk memperoleh ilmu pengetahuan tentang kegawatdaruratan yang sesuai dengan perkembangan untuk mengatasi masalah.

3. Bagi pasien/ keluarga pasien

Diharapkan tetap memperhatikan pengobatan yang dijalannya agar tidak mengalami hal yang tidak diinginkan. Dan tetap mencari informasi yang mendukung kesembuhannya.

4. Bagi penulis

Diharapkan dapat memperluas ilmu dan pengetahuannya tentang asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada system pencernaan khususnya pada kasus Ca Caput Pankreas.

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society, 2010. Detailed Guide : Cancer (General Information) :
 Signs and Symptoms of Cancer. [Cited 2019 December 02] Available from :
http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_What_are_the_signs_and_symptoms_of_cancer.asp?sitearea=
- Brunner & Suddarth. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Edisi 8.
 Jakarta: EGC
- Corwin, J. Elizabeth.2009. Buku Saku Patofisiologi Edisi Rev. 3. Jakarta: EGC
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Situasi Penyakit Kanker.
 Jakarta : Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI. Diunduh dari :
<http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-kanker.pdf>
- Dermawan Guntur. 2011. Pancreatic Cancer: Review of Etiology, Clinical Features, Diagnostic Procedures, Treatment and Mesothelin Role dalam The Indonesian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Digestive Endoscopy. Jakarta: Faculty of Medicine, University of Indonesia
- Dolensek,Rupnik&Stozer.2015. Anatomi Pankreas. Dalam : Sudoyo W, Simadibrata M, Setiyohadi B. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi VI Interna Publishing
- Fadillah, D. 2017. Insidensi Penyakit Kanker Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Januari 2015-2017
- Helen Lewer. 2013. Learning to Care on the Pediatric Ward. Terjemahan EGC.
 Jakarta
- Junaidi, Iskandar. 2010. Kanker. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer

- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. 2012. Pedoman Karya Tulis Ilmiah.
Pedoman Karya Tulis Ilmiah
- Miller, C.A. 2012. Nursing of wellnesin older adults. Philapdelpia Wolters
Kluwer-Williams and Wilkens
- Nurarif A, H, ddk. 2015 Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa
Medis Nanda NIC-NOC. Edisi Revisi Jiliid 1. Jakarta : Medication Jogja
- World Health Organization. 2018. Latest Global cancer data : Cancer burden rises
to 18.1 millionnew cases and 9.6 million cases deaths in 2018.International
Agency for research on Cancer. Press Release N 263
- Potter, A. Patricia & Perry G. Anne. 2014. Buku Ajar Fundamental Keperawatan
: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 8. Jakarta. EGC
- Pusat Data Informasi Kanker. 2018. Stop Kanker. Diolah berdasarkan Data Riset
Kesehatan Dasar 2018, Badan Litbangkes Kementrian Kesehatan RI, Pusdatin
Kementrian Kesehatan RI
- Riyadi, Sujono dan Sukarmin. 2013. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan
Gangguan Eksokrin & Endokrin pada Pankreas. Yogyakarta: Graha Ilmu

Lampiran 1

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

INJEKSI IV

Pengertian : Injeksi intravena adalah Memasukkan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena.

Tujuan :

1. Untuk memperoleh reaksi obat yang cepat diabsorpsi dari dengan injeksi parenteral lain
2. Untuk menghindari terjadinya kerusakan jaringan
3. Untuk memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar
4. Sebagai acuan dalam dalam melakukan tindakan injeksi intra vena

Prosedur

1. Persiapan Alat :
 - a) Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
 - b) Kapas alcohol
 - c) Sarung tangan
 - d) Obat yang sesuai
 - e) S spuit 2 ml – 5 ml
 - f) Bak spuit
 - g) Baki obat
 - h) Plester
 - i) Perlak pengalas
 - j) Pembendung vena (torniquet)
 - k) Kassa steril (bila perlu)
 - l) Bengkok
2. Persiapan Obat
 - a) Cek 7 benar pemberian obat
 - b) Siapkan obat hanya untuk satu kali pemberian pada satu klien
3. Persiapan pasien
 - a) Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan prosedur
4. Prosedur
 - a) Cuci tangan
 - b) Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada klien. Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan
 - c) Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada pasien
 - d) Dekatkan alat-alat ke pasien
 - e) Beritahu kembali klien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
 - f) Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan

g) Pasang sarung tangan

5. Prosedur Terpasang Infus

- a) Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)
- b) Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup)
- c) Matikan aliran cairan infus ke vena klien.
- d) Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.
- e) Masukkan jarum spuit ke tempat penusukkan
- f) Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam selang infus. Sesuaikan waktu pemberian dengan jenis obat.
- g) Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand, lalu buang ke tempat sampah medis alat tajam habis pakai.
- h) Setelah obat masuk semua, buka kembali aliran cairan infus ke vena atur kembali tetesan sesuai program.
- i) Amati kelancaran tetesan infus.
- j) Lepaskan sarung tangan
- k) Rapikan alat-alat dan bantu klien dalam posisi nyaman.
- l) Evaluasi respon klien setelah pemberian obat intravena (IV) dan rencana tindak lanjut
- m) Sampaikan salam terminasi
- n) Cuci tangan
- o) Dokumentasi hasil tindakan pemberian obat IV

Lampiran 2

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

PELEPASAN SELANG NGT

Pengertian : Melepas selang plastik lunak (NGT) yang telah dimasukkan kedalam lambung melalui nasofaring.

Tujuan : Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk :

1. Melepas selang lambung karena sudah tidak diperlukan lagi / perlu diganti selang baru.

Kebijakan :

1. Bila NGT sudah harus waktunya diganti
2. Bila pasien sudah tidak harus terpasang NGT lagi.

Prosedur

1. Persiapan Alat :
 - a. Sarung tangan on steril.
 - b. Kapas alkohol/ alkohol swab.
 - c. Kapas on steril.
 - d. Bengkok .
 - e. Tissue .
2. Persiapan Pasien :
 - a. Identifikasi pasien (sesuai SPO).
 - b. Jelaskan kepada pasien tentang prosedur yang dilakukan
 - c. Atur posisi pasien terlentang.
3. Cara Kerja :
 - a. Cuci tangan (sesuai SPO).
 - b. Bawa alat-alat kedekat pasien.
 - c. Pasang tabir/korden.
 - d. Pakai sarung tangan on steril.
 - e. Lepas plester selang dengan kapas alkohol.
 - f. Tarik selang lambung dengan perlahan sambil anjurkan pasien untuk nafas dalam dan kemudian buang selang lambung ke bengkok.
 - g. Bersihkan hidung dengan tissue.
 - h. Bersihkan bekas plester dengan acetone.
 - i. Lepas sarung tangan.
 - j. Beritahu bahwa prosedur sudah selesai.
 - k. Rapiakan alat.
 - l. Cuci tangan.
 - m. Dokumentasikan pada status pasien.