

KARYA TULIS ILMIAH
GAMBARAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI
KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH PADA
PASIEN DENGAN KEGANASAN SISTEM
ENDOKRIN DAN HEPATOBILIER
DI RUANG CENDANA 2 IRNA I
RSUP DR. SARDJITO
YOGYAKARTA



Oleh :
NAHDHIYATUL UMMAH
NIM : 2216065

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY
YOGYAKARTA
2019

KARYA TULIS ILMIAH
GAMBARAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI
KEBUTUHAN TUBUH PADA PASIEN DENGAN KEGANASAN
SISTEM ENDOKRIN DAN HEPATOBILIER DI RUANG
CENDANA 2 IRNA I RSUP DR. SARDJITO
YOGYAKARTA

Disusun Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Akademi Keperawatan "YKY"
Yogyakarta

NAHDHIYATUL UMMAH
NIM : 2216065

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2019

PERYANTAAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nahdhiyatul Ummah
Nim : 2216065
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang yang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 19 Mei 2019

Pembuat Pervantaan



Nahdhiyatul Ummah
NIM : 2216065

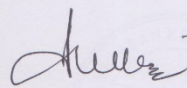
KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI
KEBUTUHAN TUBUH PADA PASIEN DENGAN KEGANASAN
SISTEM ENDOKRIN DAN HEPATOBILIER DI
RUANG CENDANA 2 IRNA I
RSUP DR SARDJITO
YOGYAKARTA**

Oleh :
NAHDHIYATUL UMMAH
NIM :2216065

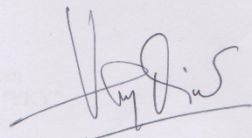
Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
disetujui pada tanggal
22 Mei 2019

Pembimbing I



Dwi Wulan M, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK : 141 99 035

Pembimbing II



Venny Diana, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK : 114 1 11 159

KARYA TULIS ILMIAH

GAMBARAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI
KEBUTUHAN TUBUH PADA PASIEN DENGAN KEGANASAN
SISTEM ENDOKRIN DAN HEPATOBILIER DI RUANG
CENDANA 2 IRNA I RSUP DR. SARDJITO
YOGYAKARTA

OLEH :
NAHDHIYATUL UMMAH
NIM : 2216065.

Telah dipertahankan di depan Penguji
pada tanggal
25 Mei 2019

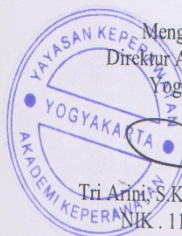
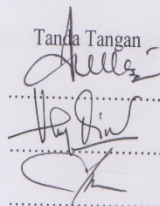
Dewan Penguji :

Dwi Wulan Minarsih, S.,Kep.,Ns.M.Kep

Venny Diana, S.Kep.,Ns,M.Kep

Dewi Murdiyanti PP, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B

Tanda Tangan



Mengesahkan
Direktur Akper "YKY"
Yogyakarta

Tri Arini, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIK . 1141 03 052

MOTTO

Man Ana Man Ana Laulaakum, kaifa maa hubbukum kaifa maa ahwaakum.
"siapa diriku, siapa diriku kalau tiada bimbingan kalian (guru). Bagaimana aku tidak mencintai kalian dan bagaimana aku tak menginginkan untuk bersama kalian".

Kesabaran itu memang tidak mudah, butuh perjuangan untuk mendapatkan apa yang kita inginkan, begitu tantangan yang sulit maupun yang mudah kita tetap sabar untuk mencapai impian kita.

Kunci kesuksesan adalah usaha, tawakal, sabar dan akan menumbuhkan suatu kesuksesan yang begitu luar biasa, MAN JADDA WAJADDA (siapa yang bersungguh-sungguh dia akan berhasil).

Undzur Ma Qala Wa la Tandzur Man Qala (dengar apa yang dikatakan dan jangan lihat siapa yang mengatakannya)

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, Karya tulis ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Kedua untuk orang tua saya bapak dan mamak yang tak pernah lelah untuk mendo'akan anakmu ini, menghadapi sikapku, dan membimbing anakmu ini ke jalan yang sangat luar biasa
2. Untuk sahabat perjuangan KMB yaitu Murni, Sinta, Catur, Dyah, Erfin terima kasih atas kebaikan yang kalian berikan kepada saya disaat aku susah maupun senang kalian selalu ada buat aku
3. Untuk sahabatku novita, sara, adefita, dyah yang selalu memberi semangat satu sama lain
4. Untuk teman-teman seperjuanganku 3B yang selalu memberikan semangat dan smenguatkan satu sama lain
5. Buat almamaterku akper YKY Yogyakarta

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat, taufiq, hidayah, serta inayahnya. Sehingga penulis bisa menyusun dan menyelesaikan KARYA TULIS ILMIAH ini dengan judul Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan pada pasien Dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dapat diselesaikan dengan tepat waktu tanpa ada halangan suatu apapun.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan guna untuk melengkapi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta.

Penulis menyadari bahwa dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dorongan, dan pengarahan dari berbagai pihak. Maka dari itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. dr Darwinto, S.H.B (K)Onk selaku Direktur Rumah Sakit RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
2. Tri Arini, S.Kep., Ns. M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan YKY
3. Dwi Wulan Minarsih, M, S.Kep.,Ns.M.Kep. selaku dosen pembimbing dan penguji ujian akhir program yang telah dengan sabar memberikan bimbingan, pengarahan, semangat, serta saran-saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

4. Venny Diana, S.Kep.,Ns.M.Kep. selaku dosen bimbingan dan penguji ujian akhir program yang telah sabar memberikan bimbingan dengan baik dan memberikan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
5. Dewi Murdiyanti PP, M.Kep.,Ns.,Sp. Kep.M.B selaku penguji ujian program tugas akhir yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepala ruang dan serta semua staf RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang telah membantu dan memberikan dalam pembuatan kasus ini.
7. Kepada seluruh dosen dan staf karyawan Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan yang sangat bermanfaat di masa mendatang
8. Teman-teman seperjuangan dan semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini.
9. Seluruh pegawai dan staf di ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Dalam penyusunan ini karya tulis ini penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya dan dalam pelaksanaannya banyak mengalami hambatan-hambatan karena keterbatasan waktu. Kemampuan dan pengetahuan. Untuk itu penyusun tidak menutup kemungkinan bila ada masukan baik dalam bentuk saran dan kritik dan bersifat membangun baik pembimbing maupun pembaca sehingga dapat membuat karya tulis ini dan penulis berharap semoga karya tulis ilmiah

ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Yogyakarta, mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Peryantaan Keaslian Tulisan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Motto	vi
Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar isi.....	xi
Daftar Tabel	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran	xvi
Abstrak	xvii

BAB I PENDAHULUAN

1. Latar Belakang	1
2. Rumusan Masalah	6
3. Tujuan Studi Kasus	6
4. Ruang Lingkup.....	7
5. Manfaat Studi Kasus	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Dasar

1. Gambaran Umum Ca Pankreas	
a. Definisi	8
b. Etiologi.....	8
c. Patofisiologi	12
d. Klasifikasi	13
e. Stadium	14
f. Pemeriksaan Penunjang	16
g. Penatalaksanaan	17
2. Gambaran Umum <i>Cholangiocarcoma</i>	
a. Definisi	19
b. Etiologi.....	19
c. Tanda dan Gejala.....	19
d. Patofisiologi	20
e. Klasifikasi	21
f. Stadium <i>Cholangiocarcoma</i>	21
g. Pemeriksaan penunjang.....	22
h. Penatalaksanaan	23
i. Komplikasi	24
3. Gambaran Hepatobilier	
a. Definisi	25
b. Etiologi.....	26

c.	Tanda dan gejala	26
d.	Patofisiologi	27
e.	Klasifikasi	27
f.	Stadium	30
g.	Penatalaksanaan	31
h.	Pemeriksaan penunjang.....	32
i.	Komplikasi	33
j.	Pengobatan	33
4.	Gambaran Umum Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh	
a.	Definisi	35
b.	Batasan Karakteristik	35
c.	Fisiologi Nutrisi	36
d.	Status Nutrisi.....	38
e.	Pengkajian ABCD.....	39
f.	Penatalaksanaan Ketidakseimbangan Nutrisi	40
5.	Gambaran Asuhan Keperawatan Kanker Pancreas, Colangiocarcoma Hepatobilier	
a.	Pengkajian Keperawatan.....	42
b.	Diagnosa Keperawatan.....	44
c.	Perencanaan Keperawatan	45
d.	Pelaksanaan Keperawatan.....	44
e.	Evaluasi	62
f.	Dokumentasi	63
g.	Kerangka Teori.....	64
h.	Kerangka Konsep.....	66
BAB III METODE		
A.	Rencana Studi Kasus	67
B.	Subjek Studi Kasus.....	67
C.	Lokasi dan Waktu Studi Kasus	67
D.	Instrument Studi Kasus	68
E.	Definisi Operasional.....	68
F.	Teknik Pengumpulan Data	69
G.	Analisa Data	69
H.	Etika Studi Kasus	70
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
A. Hasil		
1.	Gambaran Lokasi Studi Kasus	72
2.	Karakteristik Partisipan	73
3.	Gambaran Asuhan Keperawatan.....	73
4.	Gambaran Data Partisipan.....	81
B.	Pembahasan	84
C.	Keterbatasan Studi Kasus	92

BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	95
B. Saran.....	96
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	64
Gambar 2,4 Kerangka Konsep	66

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 Informed Consent
- Lampiran 3 Berita Acara Bimbingan
- Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan
- Lampiran 5 surat izin studi pendahuluan

Nahdhiyatul Ummah : Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Pada Pasien Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr Sarjito Yogyakarta Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Pembimbing : Dwi Wulan Minarsih, Venny Diana

ABSTRAK

Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier merupakan suatu penyakit yang menyerang pada hati, empedu, dan pankreas kondisi ini merupakan keganasan pada sistem endokrin dan hepatobilier. Ca Pankreas di Indonesia tahun 2012 menduduki urutan ke-13 dengan prosentase 5,7% per 100.000 penduduk diperkirakan sebanyak 10.000 penduduk atau di perkirakan sebanyak 426.00 penderita. *Cholangiocarcinoma* menduduki peringkat ke-11 dengan presentase 12,7% dengan 12% penderita.

Karya Tulis Ilmiah dengan judul Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr Sardjito Yogyakarta selama 3x24 jam mulai dari tanggal 15 April sampai 17 April 2019. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mengetahui Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Pada Pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier yang digunakan dalam studi kasus ini menggunakan rancangan studi kasus yang memaparkan dan membandingkan hasil asuhan keperawatan pada pasien Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier dengan teori dan jurnal penelitian yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan

Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini yaitu masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada pasien Ny.C dan Tn.S tercapai sebagian dengan yang teratasi yaitu memantau asupan nutrisi pasien sesuai dengan kriteria hasil pada tujuan keperawatan.

Kata Kunci : Studi kasus, Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh, Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem hepatobilier adalah sistem yang mengatur pengeluaran atau sekresi cairan empedu yang berasal dari hati dan empedu untuk diekskresikan kedalam usus halus untuk pencernaan lemak dalam makanan. Sistem endokrin adalah merupakan sistem kelenjar yang bekerja pada tubuh manusia yang hasil sekresinya disebut hormone (didin, 2017). *Cholangiocarcoma* adalah merupakan tumor yang berasal dari jaringan epitel saluran empedu yang berada didalam hati (intrahepatik) atau luar hati (ekstrahepatik). Ca pancreas merupakan tumor ganas yang berasal dari sel-sel yang melapisi saluran pancreas (Brunner & Suddart, 2012). Ca pancreas adalah salah satu kanker yang paling agresif dan mematikan (Husain, 2013).

Insiden Hepatobilier di Amerika diperkirakan 360 per 100.000 penduduk mengalami hepatobilier. Penyebabnya sebagian besar yaitu penyakit hati alkoholik maupun infeksi virus kronik, hepatobilier merupakan penyakit yang menempati angka kematian didunia urutan ke-7 sekitar 25.000 orang meninggal setiap tahun (simamora, 2013). Hepatobilier menempati urutan ke-5 pada laki-laki dan ke-9 pada wanita. Hepatobilier sekitar 5,6% dari seluruh kanker pada manusia, hepatobilier juga menempati urutan ke-3 dari kanker sistem gastrointestinal setelah kanker kolorektal dan kanker lambung. Tingkat kematiannya sangat

tinggi, menempati urutan ke-2 setelah kanker pankreas. Di rumah sakit umum pemerintah Indonesia, prevalensi rata-rata Hepatobilier sekitar 3,5%. Perbandingan pria dan wanita adalah 2.1 : 1 dan insiden paling banyak pada usia 44 tahun. Hepatobilier di Asia Tenggara relatif tinggi terjadi pada laki-laki sekitar (18,35) dan wanita sekitar (5,70) per 100.000 penduduk (Bagaswanto, 2009). Di RS Sardjito Yogyakarta jumlah pasien sirosis hati berkisar 4,1% dari pasien yang di rawat dibagian penyakit dalam selama kurun waktu 1 tahun pada 2004. Insiden dari sistem endokrin menurut data International adalah Diabetes Melitus, menurut (Riskedas, 2013) menunjukkan peningkatan jumlah prevalensi diabetes di Indonesia dari 5,7% pada tahun 2007 menjadi 6,9% pada tahun 2013.

Di Amerika Serikat Ca pankreas menduduki peringkat ke-12 dengan prevalensi angka mencapai 55.400 orang dengan angka kematian 7% (*American Cancer Society*, 2012). Studi dari (WHO) 2012 melaporkan insiden terjadinya kanker menyeluruh di Indonesia meliputi kanker kolorektal 1,361, kanker perut/gaster 0,952, dan kanker esofagus 0,456 per 100.000 penduduk, lalu sedangkan Ca pankreas menduduki posisi nomor ketiga belas (13), yaitu sekitar 426.000 kasus. Angka kematian Ca pancreas mencapai 412.000 kasus, setelah kematian kanker trakea, bronkus dan paru-paru (Fitzmaurice et al.,2017). Presentase data pasien kanker di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) Menurut Kementerian Kesehatan 2013 yang menyatakan jika presentase pasien kanker di DIY mencapai 4,1 % dari jumlah penduduk atau sekitar 14.596 pasien

(Kemenkes 2018). Insiden *Cholangiocarcoma* memang lebih jarang terlihat setiap tahunnya. Kasus *Cholangiocarcoma* kira-kira 2000-3000 Dari 10.000 orang yang mengalami sekitar 0.01-0.46% kasus dengan *Cholangiocarcoma* Angka kejadian pria : wanita 5 : 1 setiap tahun (Zieve, 2014). Insiden besar di Indonesia yaitu dengan kanker terbanyak yaitu kanker payudara yaitu sekitar 2,42 juta kasus, sedangkan *Cholangiocarcoma* menduduki peringkat ke-11 dengan presentase 12,7% dengan 12% penderita (Fitzmaurice et al.,2017).

Kegawatan pada Ca pankreas jika tidak dideteksi dan tidak segera ditangani akan mengakibatkan terjadinya pertumbuhan sel dan menyebabkan pembentukan tumor di daerah pankreas dan terjadi penyumbatan, sedangkan kegawatan Ca pankreas pada masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan tubuh yaitu terjadinya mual, muntah, dan penurunan berat badan secara dratis.

Berdasarkan Studi Pendahuluan di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, data dari buku Register mulai dari bulan Agustus sampai bulan Februari 2019 yang mengalami *Cholangiocarcoma* sebanyak 11 kasus dan yang mengalami Ca Pankreas sebanyak 5 kasus dari 280 pasien.

Kegawatan pada kasus *Cholangiocarcoma* merupakan kematian kedua setelah karsinoma hepatoseluler. Keganasan primer yang paling sering terjadi pada *Cholangiocarcoma* yaitu terjadinya keganasan pada sistem duktus biliaris yang berasal dari hati dan berakhir pada ampulla

vateri dan jika tidak ditangani dengan segera akan mengakibatkan badan menjad ikterus dan jika tidak ditangani dengan pengobatan medis akan mengakibatkan kematian (Darwin, 2014). Sedangkan Kegawatan *Cholangiocarcoma* dengan masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh mengalami rasa mual dan muntah, terjadi rasa kram dibagian perut sampai menjalar ke punggung.

Pengobatan medis yang dilakukan untuk pengobatan Ca pankreas meliputi operasi, kemoterapi, terapi radiasi, dan perawatan paliatif. Pilihan pengobatan dipilih tergantung pada stadium Ca pankreas. Tindakan bedah atau operasi dianggap sebagai satu-satunya pengobatan untuk penyembuhan dan dapat menghasilkan kelangsungan hidup yang jauh lebih lama dibandingkan dengan pilihan pengobatan lain (Kamisawa et al.,2016). Tindakan operasi hanya dapat dilakukan pada stadium awal, pada Ca pankreas hanya 15% sampai 20% pasien yang dapat dilakukan tindakan operasi. Dengan kemoterapi atau terapi radiasi dapat dilakukan sebelum atau sesudah operasi untuk memastikan tidak ada sel kanker yang terbentuk. Pada pasien stadium lanjut yang sudah tidak memungkinkan untuk dioperasi, maka dengan kemoterapi atau terapi radiasi dapat menjadi pilihan pengobatan. Pengobatan medis *Cholangiocarcoma* dapat berupa kemoterapi, operasi dan radiasi. Penatalaksanaan medis, dan keperawatan Untuk penatalaksanaan medis dapat dilakukan dengan pembedahan. Tindakan pembedahan dapat menjadi pilihan jika *Cholangiocarcoma* belum bermetastase ke jaringan lain. Pembedahan yang dapat dilakukan

untuk *Cholangiocarcoma* adalah dengan *laparoscopy*. Pasien dengan *Cholangiocarcoma* sebaiknya menjalani operasi, karena ahli bedah perlu mengeksplorasi daerah sekitar kandung empedu, selain itu juga untuk mengurangi resiko kebocoran organ saat tindakan operasi. *Laparotomi* adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuka dinding abdomen untuk mencapai isi rongga abdomen (Jitowiyono, 2010).

Peran perawat sebagai pelaksana dengan dilakukannya memberikan asuhan keperawatan dan tindakan pemenuhan kebutuhan fisiologis yang memberikan dukungan selama pengobatan terhadap klien dan keluarga. dan begitu pula peran perawat sebagai pengelola pelayanan untuk memantau keadaan pasien secara langsung maupun tidak langsung untuk membantu klien dan keluarga memberikan penjelasan informasi dan persetujuan untuk tindakan keperawatan. dan peran perawat sebagai pendidik adalah dengan cara memberikan pendidikan kesehatan dengan menjelaskan kepada klien maupun keluarga tentang pengobatan dan tindakan keperawatan. Lalu yang terakhir dalam peran perawat sebagai peneliti yaitu perawat mampu mengidentifikasi masalah penelitian, yang dilakukan untuk meningkatkan mutu asuhan dan keperawatan kepada pasien dengan sesuai manajemen keperawatan dalam pelayanan kesehatan.

Dari hal tersebut diatas maka penulis tertarik mengambil Studi Kasus dengan Judul Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh pada pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr Sardjito Yogyakarta

B. Rumusan Masalah

Rumusan Masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimana Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh pada pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta"?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya Gambaran Lokasi Studi Kasus tentang Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- b. Diketuainya Gambaran Karakteristik Partisipan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- c. Diketuainya Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada pasien dengan Keganasan Sistem

Endokrin dan Hepatobilier di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP
Dr. Sardjito Yogyakarta.

D. Ruang Lingkup

Studi Kasus ini merupakan bagian dari mata ajar keperawatan Medikal Bedah termasuk pada Sistem Endokrin, Hepatobilier dan Onkologi Di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Studi Kasus ini akan dilaksanakan dari selama 3 hari yaitu, mulai hari Senin sampai hari Rabu, tanggal 15-17 April 2019.

E. Manfaat Studi Kasus

Studi Kasus ini diharapkan memberikan manfaat :

1. Bagi Penulis

Dengan membuat Karya Tulis Ilmiah diharapkan bagi penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan asuhan keperawatan pada pasien dengan keganasan sistem endokrin dan hepatobilier

2. Bagi kampus Akper YKY

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi bagi mahasiswa dan sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan di institusi

3. Bagi perawat

Bagi perawat lebih mengembangkan pelayanan yang sudah ada seperti mengobservasi kegiatan pasien sehari-hari serta memotivasi klien untuk kontrol rutin guna membantu klien yang mungkin mengalami kendala dalam proses pengobatan untuk penyembuhan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Dasar

1. Gambaran Ca Pancreas

a. Definisi

Ca pankreas adalah merupakan tumor ganas yang berasal dari sel-sel yang melapisi saluran pankreas (Brunner & Suddart, 2012). Ca pancreas adalah salah satu kanker yang paling agresif dan mematikan (Husain, 2013).

b. Etiologi

Penyebab sebenarnya faktor Ca pancreas masih diteliti. Beberapa Studi Epidemiologi menunjukkan adanya hubungan Ca pancreas dengan beberapa faktor Endogen (pasien) dan faktor Eksogen (lingkungan). Etiologi Ca pancreas merupakan interaksi kompleks antara faktor Eksogen dan faktor Endogen.

1. Faktor Endogen

a. Usia

Risiko berkembangnya Ca pancreas meningkat sesuai dengan penambahan usia. Ca pancreas cenderung terjadi pada orang-orang dengan usia 40-60 tahun.

b. Gender

Ca pancreas lebih sering terjadi pada laki-laki di bandingkan perempuan, Insidensi pada laki-laki di

negara berkembang sekitar 8,5/100.000 kasus sedangkan di negara yang belum berkembang terjadi sekitar 3,3/100.000 kasus dan pada wanita di negara berkembang sekitar 5,6/100.000 kasus dan di negara belum sekitar berkembang 2,4/100.000.

c. Ras/Etnis

Terjadi yang lebih sering mengenai ras yang berkulit hitam. Orang Africa-Amerika memiliki insidensi yang tinggi (17,6/100.000 untuk pria berkulit hitam dan 14,3/100.000 untuk wanita berkulit hitam). Risiko yang tinggi pada orang Amerika yang berkulit hitam mungkin dikarenakan perbedaan ras dalam metabolisme asap rokok, tingkat merokok yang tinggi, obesitas, asupan tinggi kalori, konsumsi alkohol, diabetes dalam waktu yang lama, tingkat pendapatan yang rendah (Yeo, 2015).

2. Faktor Eksogen

a. Merokok

Merokok mengakibatkan Ca pancreas sekitar 25-35%, berisiko 2-3 kali menderita Ca pancreas. Metaanalisis 83 penelitian epidemiologi mengenai merokok dan Ca pancreas seluruhnya dengan Resiko Relatif (RR) adalah 1,74 (Yeo, 2015).

b. Obesitas dan Diet

Mengonsumsi makanan yang tinggi lemak beresiko terhadap terjadinya Ca pancreas. Dari 38 penelitian mengenai berat badan dan risiko kanker oleh *World Cancer Research Fund* menyimpulkan bahwa obesitas dan abdominal yang gemuk merupakan faktor risiko Ca pancreas. Tumorigenesis ditingkatkan oleh jaringan adipose yang berlebih melalui metabolisme glukosa abnormal, hiperinsulinemia, dan perubahan inflamasi. Obesitas juga berpengaruh terhadap kelangsungan hidup setelah di diagnosis Ca pancreas. Faktor diet juga berkontribusi terhadap Ca pancreas, yaitu makanan tinggi lemak dan kalori, mentega, daging merah, dan konsumsi buah dan sayur sebagai protektif (Yeo, 2015).

c. Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol berkontribusi terhadap terjadinya pancreatitis akut dan berkembang menjadi pancreatitis kronik. Mengonsumsi alcohol menyebabkan kerusakan parenkim pancreas melalui beberapa mekanisme yaitu :

- 1) Peningkatan *acetaldehyde* merupakan oksidatif dari metabolisme alkohol.
- 2) Regulasi *imunopresif* dan *inflammatory*.
- 3) Berkurangnya kadar folat pada konsumen alkohol berat.
- 4) Merangsang biotransformasi enzim *Cytochrome P450*.

3. Faktor Genetik

Sekitar 10% pasien Ca pancreas memiliki predisposisi genetik yang diturunkan. Proses karsinogenesis Ca pancreas di duga merupakan akumulasi dari banyak kejadian mutasi genetik. Kebanyakan penderita gastrinoma atau didekat pancreas, dan mayoritas kasus merupakan suatu keganasan. Kadang-kadang gastrinoma merupakan bagian multiple. Neoplasia tersebut merupakan sumber yang berasal dari sel-sel pada kelenjar endokrin yang berlainan, seperti sel-sel yang menghasilkan insulin pada pancreas.

C. Tanda dan Gejala Ca Pancreas

Menurut Darmawan (2011) Gejala yang timbul pada penderita Ca pancreas adalah :

1. Diabetes

2. Demam dan menggigil
3. Gatal
4. Darah mudah menggumpal
5. Mual dan muntah
6. Gangguan pencernaan
7. Perubahan pola buang air besar
8. Hilangnya selera makan
9. Penurunan berat badan

D. Patofisiologi

Ca pancreas biasanya berasal dari duktus, tempat bentuk klasik adenokarsinoma sel ductal memproduksi musin. Sebagian besar kasus kanker berlokasi pada kaput pancreas serta badan pancreas, dan sedikit kasus terjadi pada ekor pancreas. Ukuran tumor yang dapat direseksi biasanya sekitar 2,2-3,5cm, namun pada sebagian besar kasus tumor sudah besar, sekitar 5-6cm. selain itu mungkin telah terjadi infiltrasi dan melekat pada jaringan sekitar, sehingga tidak dapat direseksi. Pada umumnya tumor meluas ke retroperitoneal di belakang pancreas, melapisi dan melekat pada pembuluh darah. Secara mikroskopik terdapat infiltrasi di jaringan lemak perinpancreas, saluran limfe, dan perineural. Pada stadium lanjut, kanker kaput pancreas sering bermestasis ke duodenum, lambung, peritoneum, hati, dan

kandung empedu. Ca pancreas pada bagian badan dan ekor pancreas dapat bermetastasis ke hati, peritoneum, limpa, lambung dan kelenjar adrenal kiri. *Karsinoma* kaput pancreas sering menimbulkan sumbatan pada saluran empedu sehingga terjadi kolestasis ekstrahepatal, selain itu juga mendesak dan menginfiltrasikan duodenum sehingga menimbulkan peradangan di duodenum. Karsinoma yang letaknya dikorpus dan kauda, lebih sering mengalami metastasis ke hati dan ke limpa (Sujono Riyadi, 2013).

d. Klasifikasi

Klasifikasi kanker pancreas dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Tumor kaput pancreas

Tumor ini menyebabkan obstruksi duktus koledokus tempat saluran yang berjalan melalui kaput pancreas untuk bersatu dengan duktus pancreastikus dan berjalan pada ampulla foter ke dalam duodenum. Obstruksi aliran getah empedu akan menimbulkan gejala ikterus, yaitu sklera berwarna kuning, kulit menjadi kekuningan, dan urine berwarna gelap.

2. Tumor pulau langerharns pancreas

Pancreas terdiri dari pulau-pulau langerharns yaitu kumpulan kecil sel-sel yang mengeksresikan produknya langsung ke dalam darah, dan merupakan bagian dari sistem endokrin. Paling tidak ada dua jenis tumor sel pulau langerharns yang telah diketahui, yakni

tumor yang meningkatkan sekresi insulin dan tumor yang tidak meningkatkan sekresi insulin.

3. Tumor Ulserogenik

Sebagian tumor pulau Langerhans berhubungan dengan hipersekresi asam lambung yang menimbulkan ulkus pada lambung, duodenum, dan jejunum. Hipersekresi tersebut biasa terjadi begitu hebat sehingga sekalipun reseksi parsial lambung sudah dilakukan tapi masih tersisa cukup banyak asam yang menimbulkan ulserasi tubuh lanjut. Apabila ada kecenderungan terjadi ulkus lambung atau duodenum, maka ada kemungkinan tumor ulserogenik muncul.

e. Stadium Ca pancreas

Pertahapan Ca pancreas pada umumnya dibagi berdasarkan klasifikasi dengan kategori TNM (Tumor, Nodul, Metastasis) menurut Compton et al. (2012) :

- a. T (Tumor) : menggambarkan ukuran tumor
 - a) TX : tumor primer tidak ditemukan
 - b) T1 : tidak ada bukti tumor primer
 - c) Tis : karsinoma in situ
 - d) T1 : diameter terbesar tumor >2cm, terbatas dalam pancreas
 - e) T3 : tumor langsung menginvasi duodenum, duktus biliaris, gaster, limpa, kolon, dan jaringan sekitar

lainnya, tapi belum mengenai trunkus seliak atau vena mesenterium superior

f) T4 : tumor mengenai trunkus seliak atau vena mesenterium superior

b. Nodul atau *node* : menggambarkan jangkauan kanker terhadap kelenjar getah bening atau kelenjar limpa didekatnya.

a) NX : kelenjar limfe regional tidak dapat ditemukan

b) N0 : tidak ada metastasis kelenjar limfe regional

c) Pn1a : terdapat metastasis satu kelenjar limfe regional

d) Pn1b : terdapat metastasis multiple kelenjar limfe regional

c. Metastasis : menggambarkan sebagai persebaran kanker dalam jaringan.

a) MX : metastasis jauh tidak dapat ditemukan

b) M0 : tidak ada metastasis jauh

c) M1 : terdapat metastasis jauh

Tabel 2.1 Klasifikasi Stadium Ca Pankreas

Stadium 0	Tis, N0, M0
Stadium IA	T1, N0, M0
Stadium IB	T2, N0, M0
Stadium IIA	T3, N0, M0
Stadium IIB	T1-3, N1, M0
Stadium III	T4, N apapun, M0
Stadium IV	T apapun, N apapun, M1

Desen, wan (2013)

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang digunakan untuk menegakkan diagnosis Ca pancreas antara lain :

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Pengambilan darah

Pada pemeriksaan ini, perlu di perhatikan adanya serum lipase, amylase dan glukosa darah. Kadarlipase lebih sering meningkat bila dibandingkan serum amylase. Karsinoma pada kaput pancreas sering menyebabkan sumbatan di saluran empedu, oleh karena itu perlu diperiksa tes faal hati. Kenaikan kadar serum bilirubin, terutama kadar serum bilirubin konjugasi (direk), fosfatse alkali, dan kadar kolesterol mungkin juga akan ditemukan pada pemeriksaan ini.

- b. Pemeriksaan USG
- c. CT-Scan
- d. Pemeriksaan kolangiografi
- e. Pemeriksaan angiografi

g. Penatalaksanaan

Tindakan bedah biasanya di lakukan jika ingin mengangkat tumor terlokalisir yang masih dapat di reseksi, namun sering kali tindakan tersebut tidak mungkin di laksanakan karena pertumbuhan tumor sudah meluas. Tindakan bedah tak bisa di lakukan jika tumor terdiagnosis sudah bermetastasis khususnya dihepar, paru-paru dan tulang. Jika pun dilakukan, tindakan bedah sering terbatas pada tindakan paliatif. Meskipun tumor pancreas mungkin resisten terhadap radiasi standar, pasien dapat di terapi dengan radioterapi dan kemoterapi. Jika pasien mengalami pembedahan, terapi radiasi intraokuratif dapat dilakukan untuk memberikan radiasi dosis tinggi pada jaringan tumor dengan cedera minimal pada jaringan lain.

Terapi radiasi infraokuratif dapat pula mengurangi rasa nyeri. Implantasi interstisia sumber radio aktif juga dapat dilakukan meskipun angka komplikasinya tinggi. Pemasangan stent billient yang besar dan dilakukan secara perkutan atau melalui endoskopi dapat dilakukan untuk mengurangi gejala ikterus.

h. Komplikasi Ca Pancreas

Menurut Mansjoer, (2010) komplikasi dibedakan menjadi 4 yaitu :

a. Masalah Metabolisme Glukosa

Tumor dapat mempengaruhi kemampuan pancreas 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 pancreas 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 berlebihan bilirubin tersebut mengendap di kulit.

c. Nyeri

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

d. Metastasis

Komplikasi paling serius dari kanker atau tumor ganas pancreas. Pancreas dikelilingi oleh sejumlah organ vital, termasuk juga perut, limpa kecil, liver, dan paru-paru.

2. Gambaran Cholangiocarcoma

a. Definisi

Cholangiocarcoma adalah adanya batu yang terdapat didalam kandung empedu atau saluran empedu (duktus koledokus) atau keduanya (Muttaqin dan Sari, 2011)

b. Etiologi

Menurut Jaafarpour (2013) Penyebab sebagian besar *Cholangiocarcoma* belum di ketahui secara pasti, beberapa kondisi dapat memperbesar resiko terkena *Cholangiocarcoma* meliputi :

1. Kelainan saluran empedu sejak lahir, seperti kista koledokus
2. Masalah pada hati, seperti penyakit hati kronis, infeksi parasit pada hati, atau batu bilier dalam hati
3. Terpajan bahan kimia atau racun tertentu, seperti torium dioksida (ThO₂)
4. Orang-orang lansia memiliki resiko tinggi terkena penyakit *Cholangiocarcoma*
5. Kebiasaan merokok

c. Tanda dan Gejala *Cholangiocarcoma*

Menurut Feldman (2012) Gejala yang timbul pada penderita *Cholangiocarcoma* adalah :

1. Demam dengan suhu mencapai 38 derajat celcius atau lebih
2. Menggigil
3. Tubuh terasa lelah
4. Penurunan berat badan dan selera makan berkurang
5. Tinja berwarna terang dengan warna air seni yang gelap
6. Perut menjadi bengkak dan terasa nyeri
7. Kulit terasa sangat gatal
8. Warna mata dan kulit menjadi kuning
9. Mual dan muntah
10. Penurunan berat badan

d. Patofisiologi

Kandung empedu adalah sebuah kantong yang berbentuk seperti buah terong dan merupakan membran berotot yang terletak di bawah hati. Kandung empedu memiliki panjang 8 sampai 12 cm dan berdiameter 3 sampai 5 cm. Fungsi kandung empedu menyimpan cairan empedu yaitu cairan berwarna kuning dan pahit, mempunyai pH sekitar 7-8 dan merupakan hasil perombakan sel darah merah yang rusak atau mati. Kandung empedu dibagi menjadi fundus, korpus dan kolum. Fundus merupakan kantung yang terletak pada bagian bawah, yang biasanya menonjol dari batas inferior

hepar dan terhubung dengan dinding abdomen, duodenum dan colon transversum. Korpus memanjang ke atas dari fundus dan secara langsung berhubungan dengan permukaan visceral hepar. Kolum merupakan bagian yang sempit yang diarahkan menuju saluran hepar dan berlanjut menuju duktus sistikus yang bergabung dengan duktus hepatica untuk membentuk duktus biliari komunis.

e. Klasifikasi

Klasifikasi *cholangiocarcoma* menurut Khan (2012) diklasifikasi berdasarkan lokasi anatomis yaitu :

- a. *Cholangiocarcoma* tipe ekstrahepatik : yang melibatkan pertemuan duktus hepaticus kanan dan kiri berkisar antara 80%-90%
- b. *Cholangiocarcoma* tipe intrahepatik : membentuk massa (*mass farming*). Infiltrasi periduktal, dan pembentukan massa disertai dengan infiltrasi periduktal dan intraduktal.

f. Stadium *Cholangiocarcoma*

Stadium *Cholangiocarcoma* dibagi menjadi 5 yaitu:

- a. **Stadium I.** Pada tahap ini, kanker kantong empedu hanya terbatas pada lapisan dalam kantong empedu.
- b. **Stadium II.** Pada tahap ini, kanker kantong empedu telah tumbuh hingga ke lapisan luar kantong empedu dan dapat melebar melebihi kantong empedu.

- c. **Stadium III.** Pada tahap ini, kanker kantong empedu telah tumbuh (menyebar) hingga mencapai satu atau lebih organ terdekat, seperti hati, usus halus, atau lambung. Kanker kantong empedu mungkin saja telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekatnya.
- d. **Stadium IV.** Tahap terakhir dari kanker kantong empedu meliputi tumor besar yang melibatkan beberapa organ terdekat dan tumor dengan berbagai ukuran yang telah menyebar ke area yang jauh di tubuh.

g. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang *Cholangiocarcoma* yang digunakan untuk menegakkan diagnosa *Cholangiocarcoma* antara lain :

1. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Hitung darah lengkap : untuk mendeteksi anemia
 - b. Tes fungsi hati : dapat ditemukan peningkatan alkaline fosfatase dan bilirubin
 - c. Tes fungsi ginjal : perlu dilakukan bila ada rencana untuk melaksanakan CT-scan dengan kontras
 - d. Tes pertanda tumor CA 19-9 : jika ditemukan peningkatan kadar penanda tumor ini, kemungkinan telah terjadi tumor di sistem saluran empedu

2. Radiologi

- a. Ultrasonography (USG) dan Endoscopic Ultrasonography (EUS) : pilihan pemeriksaan awal untuk nyeri perut di sebelah kanan atas.
- b. CT-scan : dapat melihat penyebaran kanker ke organ di dalam rongga perut atau panggul
- c. MRI : untuk menegakkan diagnosis kanker di sistem saluran empedu
- d. Cholangiography : pemeriksaan menggunakan sinar X dan zat kontras untuk melihat saluran empedu dan hati
- e. Foto rontgen paru : untuk menilai adanya penyebaran kanker ke organ paru.

3. Biopsy

- a. Pengambilan sampel jaringan saat pemeriksaan Cholangiography
- b. Pengambilan sampel dengan metode endoscopic ultrasonography guided fine needle aspiration

c. Penatalaksanaan

Atropi lobus hepar dan pemanjangan duktus hepatic merupakan indikasi hepatektomi. Semua data yang tersedia harus digunakan untuk membedakan pasien yang bisa dilakukan reseksi dengan tidak bisa dilakukan reseksi. Kriteria

radiografis yang menyokong ke arah tidak bisa dilakukan reseksi tumor perihilar meliputi keterlibatan duktus hepatic bilateral, oklusi vena portal proximal sampai percabangan, atropi satu lobus hepar, dan keterlibatan arteri hepatic bilateral.

Pasien dengan bukti bahwa tidak bisa direseksi pada awal evaluasi ditatalaksana paliatif non-operatif. Paliatif non-operatif bisa dicapai dengan endoskopi dan perkuatan. Drainase biliar perkutan mempunyai beberapa keuntungan disbanding dengan memakai endoskopi pada pasien dengan *Cholangiocarcoma* perihilar, sedangkan untuk pasien dengan distal *Cholangiocarcoma* yang lebih dipilih adalah endoskopi paliatif. Eksplorasi bedah seharusnya dilakukan pada pasien yang tidak terbukti mengalami metastase atau yang tidak bisa direseksi. Namun, intraoperative, setengah dari total pasien ditemukan metastase ke peritoneum dan hepatic. Penggunaan laparoscopi selektif pada pasien dengan perihilar *Cholangiocarcoma* yang bisa direseksi bisa menghindari laparotomi (Singal, 2011).

h. Komplikasi *Cholangiocarcoma*

Komplikasi Colangiocarcoma yaitu :

a. Radang kantong empedu akut

terjadi saat cairan empedu menumpuk dalam kantong empedu karena ada batu empedu yang menyumbat saluran keluarnya cairan.

b. Abses kantong empedu

Nanah terkadang dapat muncul dalam kantong empedu akibat infeksi yang parah. Jika ini terjadi, penanganan dengan antibiotik saja tidak cukup dan nanah akan perlu disedot.

c. Peritonitis

pecahnya kantong empedu yang mengalami peradangan parah. Penanganannya meliputi infus antibiotik, hingga operasi untuk mengangkat bagian peritoneum yang mengalami kerusakan parah.

d. Penyumbatan saluran empedu

Tersumbatnya saluran empedu oleh batu membuat saluran ini menjadi rentan terserang bakteri penyebab infeksi, atau secara medis disebut kolangitis akut.

3. Gambaran Hepatobilier

a. Definisi

sistem yang mengatur pengeluaran atau sekresi cairan empedu yang berasal dari hati dan empedu untuk diekskresikan kedalam usus halus untuk pencernaan lemak dalam makanan. Sistem endokrin adalah merupakan sistem kelenjar yang bekerja pada tubuh manusia yang hasil sekresinya disebut hormone (didin, 2017).

b. Etiologi

Menurut Budhiarta (2014) sebagian besar gangguan hepatobilier tidak menimbulkan gejala pada tahap awal, melainkan Sirosis dapat disebabkan oleh banyak hal, penyebabnya antara lain :

1. Penyakit infeksi
2. Faktor keturunan
3. Obat-obatan
4. Alkohol
5. Virus hepatitis B maupun C

c. Tanda dan Gejala

Menurut Bruix, (2010) sebagian besar gangguan hepatobilier tidak menimbulkan gejala pada tahap awal, melainkan akan terlihat pada tahap lanjut, atau bahkan saat

kondisi hati sudah rusak parah. tanda dan gejala hepatobilier yaitu :

- a. Lesu
- b. Nafsu makan berkurang
- c. Penurunan berat badan
- d. Warna kulit dan mata yang menjadi kekuning-kuningan
- e. kulit terasa gatal
- f. cepat lelah
- g. urine berwarna gelap
- h. perut bengkak, dan nyeri.

d. Patofisiologi

Kelenjar aksesoris terbesar dalam tubuh berwarna coklat dengan berat 1000-1800 gram. Hati terletak dalam rongga perut sebelah kanan atas dibawah diafragma. Sebagian besar terletak pada region hipokondria dengan region epigastrium. Pada orang dewasa yang kurus tepi bawah hati teraba satu jari dibawah kosta. Pembagian hati ada 3 yaitu meliputi :

1. *Lobus sinistra* : lobus ini terletak disebelah kiri bidang median
2. *Lobus dekstra* : terletak sebelah kanan bidang median

3. *Lobus kaudatus* : terletak dibelakang berbatasan dengan pars pilorika, ventrikula, dan duodenum superior. (Cambridge, 1998)

e. Klasifikasi

mutasi sehingga tumbuh secara tidak terkendali. Dalam Berbagai macam kondisi dan penyakit dapat mengganggu fungsi hati. Jenis-jenis gangguan hepatobilier tersebut antara lain:

1. Penyakit kuning

Di Indonesia, kondisi kulit dan mata yang menguning dikenal dengan penyakit kuning. Padahal kondisi ini sebenarnya merupakan gejala dari gangguan hati yang ditandai dengan perubahan warna kuning pada kulit dan mata. Hal ini disebabkan oleh kadar bilirubin (pigmen empedu) dalam aliran darah yang melebihi rentang normal. Tingkat bilirubin menjadi tinggi karena terjadi kelainan sel atau peradangan pada hati.

2. Kolestasis

Kolestasis merupakan kondisi terhambatnya cairan empedu. Cairan empedu dihasilkan hati guna membantu proses pencernaan. Aliran empedu yang terhambat ini menyebabkan penumpukan bilirubin.

3. Sirosis

Sirosis merupakan kondisi terbentuknya luka atau jaringan parut di hati yang bersifat kronis. Kerusakan pada hati yang mengalami sirosis tidak bisa diperbaiki. Kondisi ini bisa menyebabkan kegagalan hati. Kebiasaan minum minuman beralkohol, infeksi virus Hepatitis B dan C merupakan penyebab paling umum dari sirosis.

4. Hepatitis A

Penyakit ini disebabkan oleh virus Hepatitis A. Virus ini menyebabkan peradangan hati. Cara penularannya adalah melalui feses, air, dan makanan yang terkontaminasi. Kontak fisik dengan penderita melalui hubungan seks juga dapat meningkatkan risiko tertular hepatitis A.

5. Hepatitis B

Hepatitis B merupakan infeksi hati. Penyakit ini disebabkan oleh virus Hepatitis B yang ditularkan melalui darah, cairan tubuh, atau luka yang terbuka. Ibu hamil yang menderita hepatitis B juga dapat menularkannya kepada janin di dalam kandungan. Hati yang terinfeksi akan mengalami luka, kegagalan

hati, dan bahkan kanker jika tidak ditangani secepatnya.

6. Hepatitis C

Virus Hepatitis C dapat menular melalui darah. Hepatitis C membuat hati mengalami pembengkakan. Kondisi kronis dari infeksi virus ini membuat hati mengalami sirosis, kegagalan hati, dan kanker hati.

7. *Fatty liver* atau perlemakan hati

Yaitu sesuai dengan namanya, karakteristik penyakit ini ditandai dengan terlalu banyak lemak yang tersimpan dalam hati. Akibatnya, hati mengalami peradangan yang dapat berkembang menjadi jaringan parut permanen. Pada kondisi kronis, hati berisiko mengalami sirosis dan terjadi kegagalan hati. *Fatty liver* bisa dipicu oleh konsumsi minuman keras (*alcoholic fatty liver*), juga oleh sebab lain (*non-alcoholic fatty liver disease/NAFLD*), seperti diabetes dan obesitas.

8. Kanker hati

Kanker hati terjadi ketika sel hati mengalami beberapa kasus, infeksi kronis akibat virus hepatitis B dan C menyebabkan kanker hati.

f. Stadium

Menurut Bruix (2010), Kanker Hepar memiliki beberapa stadium perkembangan yaitu :

- (a) Stadium I : kanker berukuran tidak lebih dari 2 cm dan belum menyebar.
- (b) Stadium II : kanker mempengaruhi pembuluh darah di hepar atau terdapat lebih dari satu tumor di hepar
- (c) Stadium 3A : kanker berukuran lebih dari 5cm dan telah menyebar ke pembuluh darah didekat hepar
- (d) Stadium 3B : kanker telah menyebar ke organ terdekat seperti lambung, namun belum mencapai limfonodus
- (e) Stadium 3C : kanker berada dalam berbagai ukuran dan telah mencapai limfonodus
- (f) Stadium 4 : kanker telah menyebar ke organ yang jauh dari hepar seperti paru-paru

g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien sirosis biasanya didasarkan pada gejala yang ada, antasid diberikan untuk mengurangi distress lambung dan meminimalkan kemungkinan perdarahan gastrointestinal. Vitamin dan suplemen nutrisi

akan meningkatkan proses kesembuhan pada sel-sel hati yang rusak dan memperbaiki status gizi pasien (Sjaifoellah, 2010)

Penatalaksanaan lainnya pada sirosis hepatitis, yaitu :

1. Istirahat yang cukup sampai terdapat perbaikan ikterus, asites, dan demam
2. Diet rendah protein (diet hati III : protein 1g/kg BB, 55g protein, 2.000kalori). Bila ada asites diberikan diet rendah garam III (600-800mg) atau III (1.000-2.000 mg). Bila proses tidak aktif, diperlukan diet tinggi kalori (2.000-3.000 kalori) dan tinggi protein (80-125 g/hari)
3. Diet yang baik dengan protein yang cukup perlu diperhatikan oleh pasien dengan gangguan hepatobilier
 - a) Mengatasi infeksi dengan antibiotik, diusahakan memakai obat-obatan yang jelas tidak hepatotoksik.
 - b) Memperbaiki keadaan gizi, bila perlu dengan pemberian asma amino esensial berantai cabang dan glukosa.
 - c) Roboransia, vitamin B kompleks yang cukup, dilarang makan-makanan yang mengandung alcohol.

h. Pemeriksaan penunjang

a. USG

Pemeriksaan pencitraan pada masa kini dengan sonografi sangat membantu dalam menegakkan diagnosis dan dianjurkan merupakan pemeriksaan

penunjang pencitraan. Sebelum pemeriksaan pencitraan lainnya, dengan sonografi dapat ditentukan kelainan parenkim hati, duktus yang melebar, adanya batu atau massa tumor. Ketepatan diagnosis pemeriksaan sonografi pada sistem hepatobilier untuk mendeteksi batu empedu, pembesaran kandung empedu, pelebaran saluran empedu dan massa tumor tinggi sekali. Tidak ditemukannya tanda-tanda pelebaran saluran empedu dapat diperkirakan penyebab ikterus bukan oleh sumbatan saluran empedu, sedangkan pelebaran saluran empedu memperkuat diagnosis icterus obstruktif

i. Komplikasi

Komplikasi utama sirosis yaitu :

- a. Asites : penumpukan cairan (biasanya cairan bening dan cairan serosa yang berwarna kuning pucat) dirongga perut.
- b. Spontaneous bacterial peritonitis : merupakan infeksi yang terjadi pada cairan peritoneal oleh salah satu jenis bakteri.
- c. Encephalopathy hepatic : kondisi yang merujuk pada perubahan kepribadian, psikologis, dan sistem saraf .
- d. Hipertensi portal : peningkatan tekanan portal di atas 5 mmHg, terdiri dari prehepatik, hepatic dan pos hepatic

- e. Perdarahan varicea : pembuluh darah pecah dan terjadi perdarahan
- f. Sindrom hepatorenal : sebuah sindrom yang dapat mengancam jiwa akibat menurunnya fungsi ginjal

j. Pengobatan

Pengobatan yang telah dilakukan sampai saat ini adalah dilakukan kemoterapi dengan obat sitostatik seperti Fluorourasil secara intra arterial, embolisasi, radioimunoterapi dan pembedahan. Pasien yang tidak menjalani terapi biasanya meninggal dalam jangka 3-4 bulan, sedangkan pasien yang diterapi berjalan dengan baik hidup 6-18 bulan jika terapi berjalan dengan baik (Anonim, 2010)

Pengobatan gangguan hati tergantung pada jenis penyakitnya. Beberapa gangguan hati dapat diatasi dengan mengubah gaya hidup, seperti berhenti mengonsumsi minuman beralkohol, menurunkan berat badan, dan menerapkan kebiasaan hidup bersih dan sehat. Konsumsi obat antivirus diperlukan jika gangguan hati disebabkan oleh infeksi virus. Namun jika sudah mengalami sirosis, hati yang rusak tidak dapat disembuhkan. Upaya pengobatan tetap bisa dilakukan dengan memantau perjalanan penyakit dan menekan risiko komplikasi. Pengobatan untuk pasien dengan kondisi kegagalan hati kronis dilakukan dengan operasi untuk

menyelamatkan bagian hati yang masih berfungsi. Jika ternyata upaya ini tidak memungkinkan, diperlukan transplantasi hati untuk menyelamatkan nyawa pasien.

4. Gambaran Umum Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

a. Defini Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (NANDA, 2015). Pola konsumsi makanan berlemak menunjukkan konsumsi makanan berlemak memiliki 1,105 lebih besar untuk terkena kanker pancreas dan hasilnya tidak bermakna secara statistik pada 95%. konsumsi lemak diperkirakan salah satu faktor resiko terjadinya kanker pancreas Salah satu zat gizi yang berkaitan dengan penyebab terjadinya kanker adalah lemak.

Konsumsi lemak yang berlebih dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker. Hal ini di sebabkan lemak bersifat *cancer promoting*. Lemak dalam tubuh membuat zat yang bersifat karsiogenetik, zat yang membentuk terjadinya kanker berkembang.

b. Batasan Karakteristik

Menurut NANDA *NIC-NOC* (2015) Batasan karakteristik dari Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh meliputi :

- 1) Berat badan 20% atau lebih di bawah ideal
- 2) Dilaporkan adanya intake makanan yang kurang dari RDA (*Recomended Dailly Allowance*)
- 3) Membran mukosa dan kongjutiva pucat
- 4) Kelemahan otot yang digunakan untuk menelan atau menguyah
- 5) Luka, inflamasi pada rongga mulut
- 6) Mudah merasa kenyang, sesaat setelah menguyah makanan
- 7) Dilaporkan atau fakta adanya kekurangan makanan
- 8) Dilaporkan adanya perubahan sensasi rasa
- 9) Perasaan ketidakmampuan untuk menguyah makanan
- 10) Kehilangan BB dengan makanan cukup
- 11) Adanya penurunan albumin serum
- 12) Lingkar kulit trisep lengan tengah kurang dari 60% ukuran standard

c. Fisiologi Nutrisi

Tubuh memerlukan bahan bakar untuk menyediakan energi untuk fungsi organ dan pergerakan badan, untuk menyediakan material mentah, untuk fungsi enzim,

pertumbuhan, penempatan kembali dan perbaikan sel. Energi adalah kekuatan untuk bekerja, dan manusia membutuhkan energi.

1. Pemasukan energi : pemasukan energi merupakan energi yang dihasilkan selama oksidasi makanan.
2. Pengeluaran energi : pengeluaran energy adalah energi yang digunakan oleh tubuh untuk mensupport jaringan dan fungsi organ tubuh.
3. Basal metabolisme rate (MPS) : energi yang digunakan tubuh pada saat istirahat yaitu untuk kegiatan fungsi tubuh seperti pergerakan jantung, pernafasan, peristaltic usus, kegiatan kelenjar tubuh.

Makanan di dalam tubuh mengalami beberapa proses.

Yaitu sebagai berikut :

- a. Pencernaan : pencernaan dimulai dari mulut, tempat makanan di pecah secara mekanik dengan menguyah. Protein dan lemak dipecahkan secara fisik tetapi tetap tidak berubah secara kimia karena enzim dalam mulut tidak bereaksi dengan nutrisi.
- b. Absorpsi : usus kecil merupakan tempat penyerangan utama nutrien. Sepanjang daerah ini terdapat penonjolan seperti jari yang disebut villi, untuk meningkatkan area permukaan absorpsi

- c. Metabolisme : nutrisi diabsorpsi dalam instestinal, termasuk air, yang ditransportasikan melalui sistem sirkulasi ke jaringan tubuh
- d. Penyimpanan : beberapa, nutrisi yang diperlukan tubuh disimpan dalam jaringan tubuh. Bentuk pokok tubuh dari energi yang disimpan adalah lemak, yang disimpan sebagai jaringan adiposa, glikogen disimpan dalam cadangan kecil di hati dan jaringan otot dan protein dan protein disimpan dalam massa otot.

(Tarwoto & Wartonah, 2010)

d. Status Nutrisi

1) Keseimbangan energi

Energi adalah kekuatan untuk bekerja, manusia membutuhkan energi untuk terus-menerus berhubungan dengan lingkungan.

Karakteristik status nutrisi antara lain menurut NANDA (2015) antara lain :

a.) *Ideal Body Weight (IBW)*

Merupakan perhitungan berat badan optimal dalam fungsi tubuh yang sehat. Berat badan ideal adalah jumlah tinggi dalam sentimeter dikurangi dengan 100 dan dikurangi 10% dari jumlah itu.

b.) *Indeks Massa Tubuh (IMT)*

Pengukuran IMT dapat dilakukan pada anak-anak, remaja maupun orang dewasa. IMT adalah perbandingan antara berat badan dengan tinggi badan kuadrat. Cara pengukurannya adalah

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (Kg)}}{\text{TB}^2(\text{m})}$$

Keterangan

Tabel 2.2 Klasifikasi Status Nutrisi

Klasifikasi	Interpretasi
<16.0	Sangat kurus
16.00-16.99	Kurus
17.00-18.49	Sedang
18.50-24.99	Normal
25.00-29.99	Gemuk
30.00-29.99	Sangat Gemuk
40.00	Obesitas

Sumber : WHO (2010)

2.) Pengkajian Status Nutrisi

Pengkajian pola nutrisi dan metabolisme menggunakan prinsip pengkajian ABCD menurut Mutaqqin dan Sari, (2011) yaitu,

- a) *A (Antropometri)*, meliputi berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh, lingkar lengan atas, lingkar perut, lingkar dada, tebal lemak.
- b) *B (Biochemical data)*, meliputi hasil laboratorium seperti darah, urine, tinja dan jaringan tubuh seperti hati dan otot, hemoglobin, hematokrit, total limfosit, serum albumin, transferrin, keseimbangan nitrogen, lipit serum, glukosa serum, kalsium, natrium,
- c) *C (Clinical Sign)*, meliputi penampilan umum yaitu kulit, mata, rambut, mukosa oral atau pada organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar thyroid
- d) *Diet*, meliputi status kesehatan, pemasukan makanan, kultur dan agama, status sosio ekonomi, alcohol, obat.

e. Penatalaksanaan Ketidakseimbangan Nutrisi

a. Medis

1. Nutrisi Enteral

Metode pemberian makanan alternatif untuk memastikan kecukupan nutrisi meliputi metode enteral (melalui sistem pencernaan). Nutrisi enteral juga disebut sebagai nutrisi enteral total (TEN) diberikan apabila klien tidak mampu menelan makanan atau mengalami gangguan pada saluran pencernaan atas dalam

transport makanan ke usus halus terganggu (Iqbal Mubarak, 2010).

2. Nutrisi Parenteral

Nutrisi parenteral (PN) juga disebut sebagai nutrisi parenteral total (TPN) atau hiperalimentasi intravena, diberikan jika saluran gastrointestinal tidak berfungsi karena terdapat gangguan dalam kontinuitas fungsinya atau karena kemampuan penyerapan terganggu. Nutrisi parenteral diberikan melalui kateter vena sentral ke vena superior, makanan parenteral adalah larutan dekstrosa, air, lemak, protein, elektrolit, dan vitamin (Iqbal Mubarak, 2010).

b. Keperawatan

1. Menstimulasikan nafsu makan

- a) Berikan makanan yang sudah dikenal yang memang disukai klien yang disesuaikan dengan kondisi klien.
- b) Pilih porsi sedikit sehingga tidak menurunkan nafsu makan klien yang anoreksia.

- c) Hindari terapi yang tidak menyenangkan atau tidak nyaman sesaat sebelum atau sesudah makan.
- d) Berikan lingkungan rapi dan bersih bebas dari penglihatan dan bau yang tidak enak.
- e) Kurangi stress psikologi.

5. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Ca Pancreas

1. Pengkajian

Asuhan keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien yang sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) Carpenito, (2010)

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual Klein. Carpenito (2010).

Pengkajian pada pasien Ca Pankreas Menurut Carpenito, (2010)

meliputi :

- a. Identitas pasien
- b. Status kesehatan
 - 1) Status kesehatan saat ini (keluhan nyeri abdomen)

- 2) Status kesehatan masa lalu
 - 3) Riwayat penyakit keluarga (riwayat keluarga menderita kanker)
 - 4) Diagnosis medis dan terapi
- c. Pemeriksaan fisik
- 1) Keadaan umum
 - 2) Tanda-tanda vital
- d. Data subjektif
- 1) Nyeri midepigastrium bervariasi kearahannya, dapat menyebar ke punggung bagian bawah dan berkurang dengan duduk condong ke depan
 - 2) Kehilangan selera makan
 - 3) Mual
 - 4) Keletihan
 - 5) Kulit gatal
- e. Data objektif
- 1) Tanda obstruksi biliaris
 - 2) Ikterus
 - 3) Feses dempul, diare
 - 4) Urin gelap dan pekat
 - 5) Penurunan berat badan yang drastic dan cepat
- f. Faktor resiko
- 1) Merokok

- 2) Diet tinggi protein dan lemak
 - 3) Zat pengawet makanan, nitrat
 - 4) Riwayat keluarga dengan kanker pancreas
 - 5) Penyalahgunaan alcohol
- g. Pemeriksaan diagnostic
- 1) Pertanda tumor, CEA,CA19-9
 - 2) Bilirubin serum, fosfatase, basa amylase dan lipase meningkat
 - 3) Panel kimia darah lengkap, gula darah puasa
 - 4) Uji fungsi hati
 - 5) Pemeriksaan koagulasi
 - 6) Pencitraan atau pemeriksaan kedokteran nuklir

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah merupakan pernyataan yang menggambarkan tentang masalah atau status kesehatan klien, baik actual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Diagnose keperawatan berfungsi untuk mengidentifikasi, memfokuskan dan memecahkan masalah keperawatan klien secara spesifik. Carpenito (2010)

Diagnosa keperawatan Ca pankreas menurut Carpenito (2010)

- a. Nyeri berhubungan dengan proses penyakit, Ca pancreas

- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anokresia, gangguan sekresi insulin, mual diare, kelelahan
- c. Duka cita adaptif berhubungan dengan perubahan fungsi fisik dan prognosis yang buruk
- d. Resiko deficit volume cairan berhubungan dengan status NPO, diare, gangguan metabolisme glukosa
- e. Resiko gangguan metabolisme glukosa, asites, perdarahan, ikhterus berhubungan dengan gangguan fungsi hati

3. Intervensi

Perencanaan merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Carpenito (2010)

Intervensi pada pasien Ca pankreas menurut Carpenito (2010)

1. Nyeri berhubungan dengan proses penyakit, kanker pancreas

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien tidak merasa nyeri

Kriteria hasil :

- a) Mengungkapkan penurunan atau peredaan nyeri

b) Menerima nyeri sebagai bagian dalam melakukan aktivitas harian

Intervensi :

- a) Kaji karakteristik nyeri, skala nyeri, sifat nyeri, lokasi dan penyebarannya
- b) Beri posisi yang dapat mempengaruhi kemampuan klien untuk rileks
- c) Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam
- d) Ukur tanda-tanda vital pasien
- e) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anokresia, gangguan sekresi insulin, mual diare, kelelahan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil :

- a. Klien tidak menunjukkan adanya mual, diare, tanda-tanda anokresia
- b. Berat badan pasien normal

Intervensi :

- a) Kaji status nutrisi setiap hari

- b) Anjurkan klien untuk makan dalam porsi kecil tapi sering
 - c) Anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan mulut dan gigi
 - d) Kolaborasi dengan tim kesehatan ahli gizi
3. Duka cita adaptif berhubungan dengan perubahan fungsi fisik dan prognosis yang buruk

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien dapat beradaptasi dengan kondisi duka teratasi

Kriteria hasil :

- a. Mengalami kemajuan dalam melewati tahapan proses berduka dan bergerak kearah penerimaan
- b. Memperhatikan mekanisme koping yang efektif, berpartisipasi dalam keputusan mengenai masa depan dirinya

Intervensi :

- a) Berikan lingkungan terapeutik yang kondusif
- b) Berikan kesempatan bagi pasien untuk memiliki waktu pribadi dengan orang terdekat pasien tanpa gangguan

- c) Berikan informasi tentang kelompok pendukung untuk pasien dan orang terdekat pasien
 - d) Kolaborasi dengan professional lain
- Resiko deficit volume cairan berhubungan dengan status NPO, diare, gangguan metabolisme glukosa
4. Resiko deficit volume cairan berhubungan dengan status NPO, diare, gangguan metabolisme glukosa

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan deficit volume cairan teratasi

Kriteria hasil :

- a. Asupan dan haluaran seimbang
- b. Tidak terjadi dehidrasi

Intervensi :

- a) Berikan cairan parenteral, elektrolit dan nutrisi sesuai program dokter
 - b) Hitung asupan dan keluaran
 - c) Pantau tanda-tanda vital untuk mengetahui dehidrasi, takikardia, hipotensi.
5. Resiko gangguan metabolisme glukosa, asites, perdarahan, ikhterus berhubungan dengan gangguan fungsi hati

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 3x24jam diharapkan gangguan metabolisme tidak terjadi.

Kriteria hasil :

- a. Komplikasi dapat dihindari atau dikenali dan ditangani dengan cepat

Intervensi :

- a) Pantau hasil glukosa darah, bilirubin, koagulasi, CBC, albumin sesuai program dokter
- b) Lakukan pengukuran glukosa darah kapiler dan berikan insulin sesuai program dokter
- c) Pantau adanya icterus pada kulit dan sclera
- d) Berikan medikasi sesuai program dokter

6. Gambaran Asuhan Keperawatan *cholangiocarcoma*

1. Pengkajian

Pengkajian *cholangiocarcoma* Menurut Carpenito, (2010)

- a. Identitas
- b. Keluhan utama
- c. Riwayat penyakit
- d. Riwayat penyakit sekarang
- e. Riwayat penyakit keluarga
 - 1) Pemeriksaan fisik
 - a. Sistem pernafasan

- b. Sistem kardiovaskuler
 - c. Sistem neurology
 - d. Sistem pencernaan
 - e. Sistem eliminasi
 - f. Sistem integument
 - g. Sistem muskuluskeletal
- 2) Data subjektif
- a) Nyeri midepigastrium bervariasi kearahannya, dapat menyebar ke punggung bagian bawah dan berkurang dengan duduk condong ke depan
 - b) Kehilangan selera makan
 - c) Mual
 - d) Keletihan
 - e) Kulit gatal
- 3) Data objektif
- a) Tanda obstruksi biliaris
 - b) Ikterus
 - c) Feses dempul, diare
 - d) Urin gelap dan pekat
 - e) Penurunan berat badan yang drastic dan cepat
 - f) Faktor resiko
- 4) Pemeriksaan diagnostic
- a) Pertanda tumor, CEA, CA19-9

- b) Bilirubin serum, fosfatase, basa amylase dan lipase meningkat
- c) Panel kimia darah lengkap, gula darah puasa
- d) Uji fungsi hati
- e) Pemeriksaan koagulasi
- f) Pencitraan atau pemeriksaan kedokteran nuklir

2. Diganosa keperawatan

Diagnose keperawatan pada pasien Cholangiocarcoma menurut Carpenito, 2010 meliputi :

1. Nyeri berhubungan dengan proses inflamasi
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, distensi dan hipermotilitas gaster, gangguan proses pembekuan
4. Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognose, pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi

3. Intervensi

Intervensi menurut Carpenito 2010 meliputi :

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

Kriteria Hasil :

- a. Keadaan umum normal
- b. Nyeri berkurang
- c. Tidak merasa meringis kesakitan

Intervensi :

1. Observasi dan catat lokasi, dan beratnya skala
 2. Tingkatkan tirah baring
 3. Dorong menggunakan teknik relaksasi nafas dalam
 4. Berikan obat analgesic
2. Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pemenuhan intake nutrisi teratasi dengan kriteria hasil :

Kriteria hasil :

- a. klien mengatakan mual muntah berkurang
- b. TTV dengan batas normal
- c. BB pasien normal

Intervensi :

1. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang penyebab mual dan muntah
 2. Mengkaji distensi abdomen
 3. Berikan suasana menyenangkan pada saat makan
 4. Berikan kebersihan oral sebelum makan
 5. Kolaborasi dengan tenaga ahli gizi
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, distensi dan hipermotilitas gaster, gangguan proses pembekuan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan menunjukkan keseimbangan cairan yang adekuat dengan kriteria hasil :

Kriteria hasil :

- a. Tugor kulit yang baik
- b. Membrane mukosa lembab
- c. Tidak ada muntah

Intervensi :

1. Pertaankan intake dan ouput cairan
2. Awasi tanda rangsangan muntah
3. Anjurkan cukup minum (1 botol aqua 1500ml/hr)

4. Kolaborasi antiemetic

4. Kurang pengetahuan tentang penyakit, prognose, pengobatan berhubungan dengan salah interpretasi informasi

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien menyatakan pemahaman klien dengan

kriteria hasil :

- a. Melakukan perubahan pola hidup
- b. Berpartisipasi dalam pengobatan

Intervensi :

1. Kaji informasi yang pernah dapat
2. Beri penjelasan tentang penyakit, prognosa, dan tindakan diagnostic
3. Anjurkan teknik istirahat yang harus dilaporkan tentang penyakitnya
4. Anjurkan untuk menghindari makanan atau minuman tinggi lemak

7. Gambaran Asuhan Keperawatan *Hepatobilier*

1. Pengkajian

Pengkajian hepatobilier menurut Doenges, (2010)

- a. Identitas pasien

Identitas pada klien yang harus diketahui

diantaranya apa keluhan utama pasien

b. Riwayat sakit sekarang

Meliputi kenapa pasien masuk di RS dan apa keluhan utama pasien

c. Riwayat kesehatan sebelumnya

Pernah di rawat di RS sebelumnya belum

d. Riwayat kesehatan keluarga

Ada riwayat penyakit keturunan atau tidak

e. Riwayat tumbuh kembang

Ada kelainan fisik atau kematangan dari perkembangan seseorang yang dapat mempengaruhi keadaan penyakit icterus

f. Riwayat sosial ekonomi

g. Riwayat psikologi.

h. Data Subjektif

a. Keluhan : anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen

b. Kulit, sklera kekuning-kuningan, gatal, urine berwarna gelap

c. Kebiasaan merokok, minum alkohol

d. Seksualitas misal: impoten, libido menurun, menstruasi menghilang

i. Data Objektif

1) Tanda vital tekanan darah menunjukkan tekanan darah ortostatik.

2) Kulit dan sklera ikterik, edema, petekie, luka bekas garukan, dilatasi pembuluh darah bagian atas dan bawah tubuh

j. Abdomen : gerakan peristalsis (auskultrasi), distensi abdomen, nyeri tekan, pembesaran hepar dan limpa, asites, dilatasi vena pada abdomen (kaput medusea)

k. Neuromuscular : pengecilan otot-otot, koordinasi berkurang, tremor, perubahan orientasi

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Doenges, (2010)

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keterbatasan ekspansi dada karena hidrotoraks dan asites

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (anokresia, nausea, vomitus)

3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisiologis seperti ikterik, asites, edema, ginekomastia

4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi cairan karena aldosteron meningkat, dan tekanan osmotik koloid menurun
5. Gangguan rasa nyaman yang berhubungan dengan pruritus, nyeri, dan kelelahan

3. Intervensi

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keterbatasan ekspansi dada karena hidrotoraks dan asites

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pola nafas pasien efektif

Kriteria hasil :

- a. Bebas dispnea dan sianosis
- b. GDA dalam rentang normal
- c. Pola nafas efektif, kapasitas vital alam rentang normal

Intervensi

1. Berikan tambahan O2 sesuai indikasi
2. Monitor TTV dan pantau tingkat kesadaran
3. Pertahankan kepala tempat tidur tinggi, posisi miring

4. Awasi frekuensi, kedalaman dan upaya pernafasan
 5. Penanganan asites, istirahat dan diet rendah garam
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (anokresia, nausea, vomitus)

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan status nutrisi pasien teratasi dengan

Kriteria hasil

- a. Tidak mengalami tanda malnutrisi lebih lanjut (mata tidak cengkung, turgor kulit baik, tidak terjadi anemia)
- b. Menunjukkan peningkatan berat badan

Intervensi

1. Memantau asupan nutrisi pasien
2. Berikan makanan sedikit tapi sering dengan kandungan kalori tinggi, vitamin, mineral sesuai keadaan pasien
3. Awasi pemeriksaan laboratorium, misl glukosa serum, albumin, total protein, ammonia

4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan diet tinggi kalori dan karbohidrat
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisiologis seperti ikterik, asites, edema, ginekomastia

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan keperawatan 3x24jam diharapkan pasien dapat mempertahankan coping yang efektif

Kriteria hasil

- a. Pasien mampu mengungkapkan sifat-sifat positif dirinya menerima keadaan
- b. Mengidentifikasi perasaan dan metode coping

Intervensi

1. Ikut sertakan pasien secara aktif
2. Monitor TTV
3. Bantu pasien melihat aspek positifnya
4. Memberikan motivasi kepada pasien untuk bisa menerima keadaan saat ini
5. Kolaborasi dengan tim psikologi
4. Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan retensi cairan karena aldosterone meningkat, dan tekanan osmotik koloid menurun

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mengurangi retensi cairan dalam area ekstrasvaskuler

Kriteria hasil

- a. Volume cairan stabil
- b. Keseimbangan pemasukan dan pengeluaran
- c. Tidak ada edema
- d. Tanda vital dalam rentang normal

Intervensi

1. Memantau input dan ouput
2. Memonitor TTV
3. Ukur masukan dan haluaran, catat keseimbangan positif
4. Mengukur lingkar abdomen
5. Dorong untuk tirah baring bila ada asites

4. Implementasi

Implementasi adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari

asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010).

1) Independen

Tindakan keperawatan independen adalah suatu kekuatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya, lingkup tindakan independen keperawatan adalah :

- a. Mengkaji terhadap klien atau keluarga klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien
- b. Merumuskan diagnose keperawatan sesuai respon klien yang memerlukan intervensi kesehatan
- c. Melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukkan, mendukung, dan menganjarkan kepada klien
- d. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis

2) Interpenden

Adalah suatu tindakan keperawatan menjelaskan suatu tindakan yang memerlukan suatu kerja sama dengan

tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga social, ahli gizi, fisioterapi, dan dokter

3) Dependen

Adalah tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan ini menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir ketika mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan Carpenito, (2010).

1) Evaluasi proses

Focus pada evaluasi proses (formatif) adalah aktivitas dari asuhan keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan di implementasikan untuk membantu menilai aktivitas intervensi tersebut, evaluasi proses harus terus-menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai

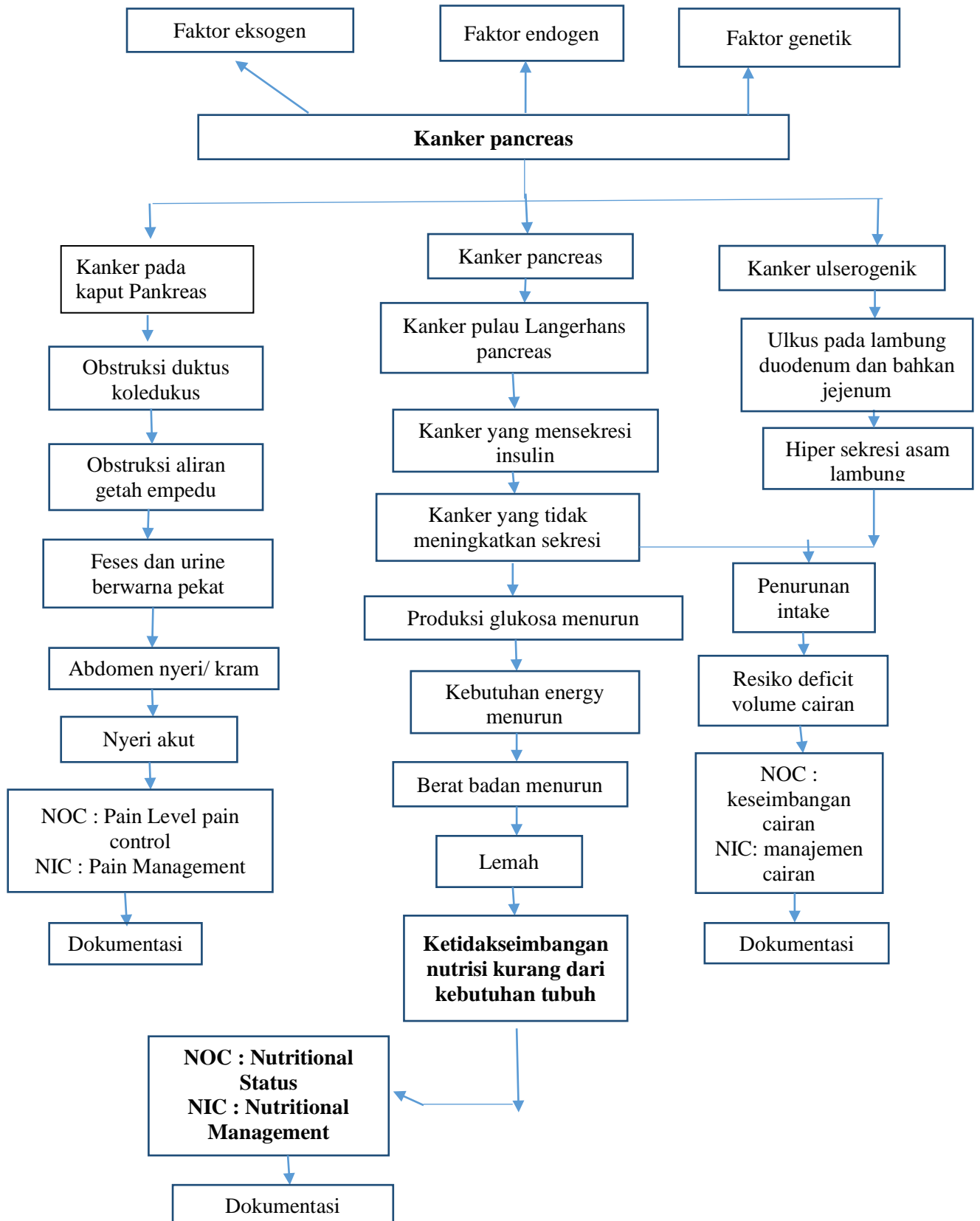
2) Evaluasi hasil

Focus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan

3) Dokumentasi

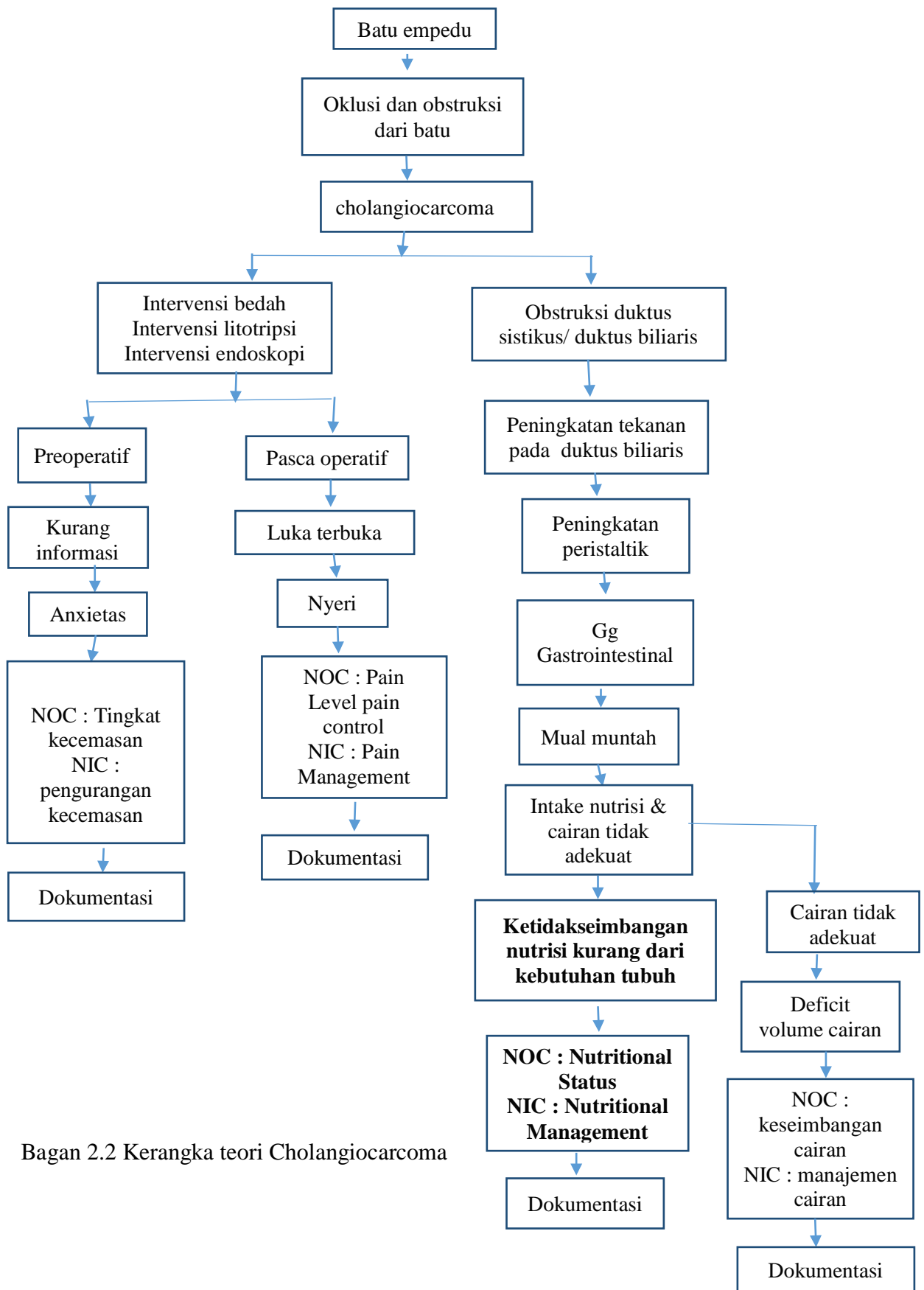
Dokumentasi adalah sesuatu yang ditulis atau dicetak, kemudian diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang, dan merupakan bagian dari praktik profesional. Merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Deswani, 2011)

B. Kerangka Teori



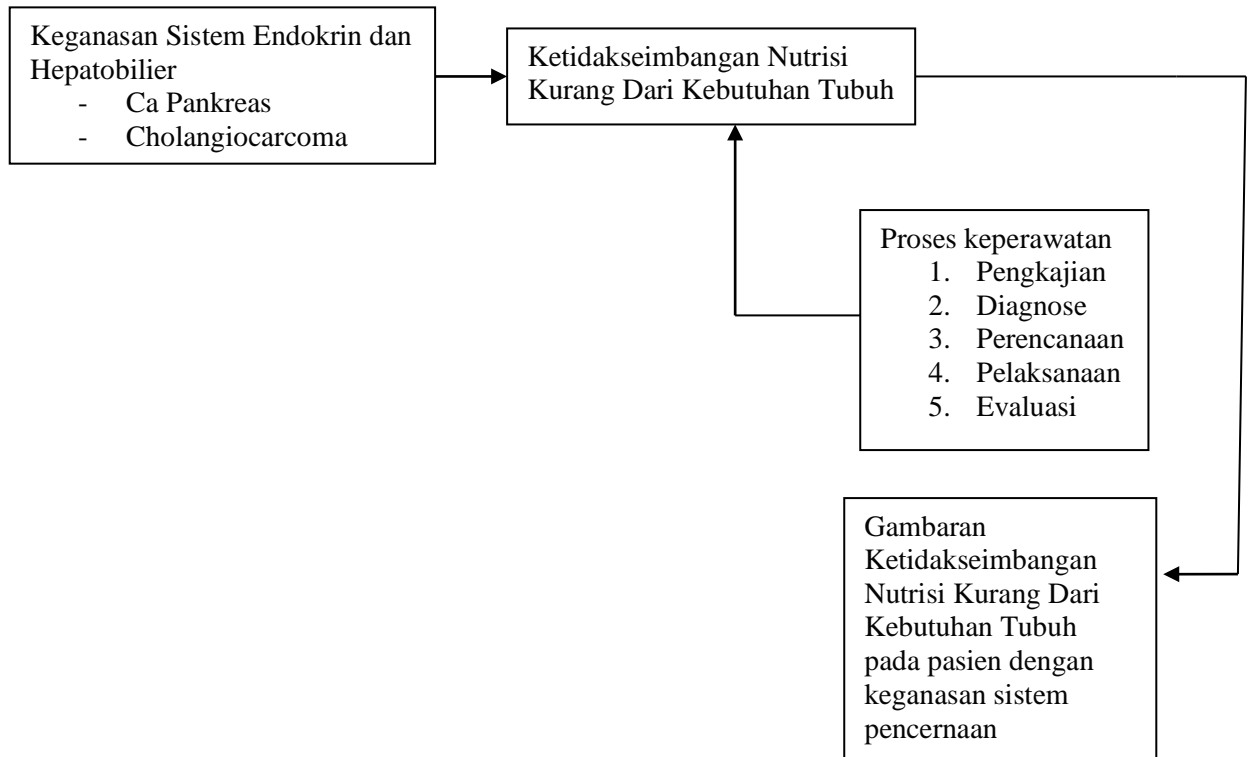
Bagan 2.1 kerangka teori

Colangiocarcoma



Bagan 2.2 Kerangka teori Cholangiocarcoma

C. Kerangka Konsep



Bagan 2.3 kerangka konsep

BAB III

METODE PENULISAN

A. Rancangan Studi Kasus

Rancangan Studi Kasus ini menggambarkan dan mengeksplorasi masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada pasien keganasan sistem endokrin dan hepatobilier yang diobservasi selama 3x24 jam di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini adalah 2 orang pasien dengan

kriteria inklusi :

- a. Dirawat di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- b. Pasien dengan Ca Pankreas, dan *Cholangiocarcoma*
- c. Bersedia menjadi Partisipan

Dan kriteria Eksklusi :

- a. Pasien meninggal dunia pada hari kedua pagi sebelum di lakukan tindakan
- b. Pasien pulang pada hari kedua pagi sebelum dilakukan tindakan.

C. Lokasi Waktu Studi Kasus

Studi kasus di laksanakan di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, pada tanggal 15-17 April 2019 apabila pasien sudah pulang atau meninggal dunia maka dicarikan pasien pengganti yang sejenis.

D. Instrumen Studi Kasus

Alat Instrumen Studi Kasus menggunakan format pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta dokumentasi yang telah ditetapkan oleh Institusi Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta di antaranya Format Pengkajian dan Format Asuhan Keperawatan

Instrument lain yang digunakan antara lain :

1. Thermometer (untuk mengukur suhu)
2. Jam (untuk mengukur nadi dan respirasi)
3. Sphygmometer dan stetoskop (untuk mengukur tekanan darah)
4. Meteran (untuk mengukur LILA)
5. Timbangan (untuk mengukur berat badan)

E. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1.	Studi Kasus	Adalah menggambarkan dan mengeksplorasi masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada pasien keganasan sistem pencernaan
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Keadaan intake dimana nutrisi tidak cukup untuk keperluan metabolisme tubuh
3.	Pasien dengan keganasan sistem endokrin dan hepatobilier adalah	Pasien yang dirawat di Ruang Cendana 2 Irna 1 RSUP Dr. Sardjito, yang mengalami penyakit sistem endokrin dan hepatobilier yaitu Ca Pankreas dan Cholangiocarcoma dan memerlukan penanganan yang tepat

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas, pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu)
2. Observasi dan Pemeriksaan fisik (dengan menggunakan pendekatan IPPA : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada tubuh pasien
3. Studi Dokumentasi untuk hasil dari pemeriksaan fisik dan data lain yang relevan
4. Pemeriksaan Penunjang (pemeriksaan berupa hasil yang dilakukan saat mengkaji

G. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta. Selanjutnya melakukan triangulasi data. Teknik analisa data yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpresentasi data dengan wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data, kemudian data tersebut dibandingkan antara pasien satu dengan pasien yang satunya serta membandingkan dengan teori yang ada dan dilakukan triangulasi data untuk validasi data.

H. Etika Studi Kasus

Penulisan yang digunakan dalam Studi Kasus ini meliputi :

1. *Informed Consent* (surat persetujuan)

Informed Consent yaitu memberikan penjelasan tentang rencana studi kasus untuk mendapat persetujuan dari partisipan. *Informed Consent* diberikan kepada pasien saat melakukan studi kasus. Penerapan *Informed Consent* partisipan harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.

2. *Non-maleficence* (tidak merugikan)

Prinsip etik ini mempunyai arti bahwa setiap tindakan dilakukan pada seseorang tidak menimbulkan kerugian secara fisik maupun mental. Penerapannya dengan melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai dengan standard. Pada studi kasus ini peneliti melaksanakan etika penelitian dengan cara melakukan tindakan asuhan keperawatan kepada pasien dengan keganasan sistem pencernaan.

3. *Veracity* (kejujuran)

Prinsip ini berarti penuh kejujuran, nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyakinkan bahwa pasien sangat mengerti. Penerapannya dengan cara peneliti menyampaikan tindakan dengan benar tanpa mengada-ada dan keluarga memberikan jawaban secara benar saat peneliti memberikan informasi tentang kesehatan.

4. *Confidentially* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi partisipan di jamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan hasil penelitian. Penerapannya dengan cara semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiian oleh peneliti. Peneliti menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Pengambilan data untuk studi kasus dilakukan di Ruang Cendana 2 IRNA I Rumah Sakit Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta selama 3x24 jam mulai tanggal 15-17 April 2019. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito ini terletak di Sinduadi Mlati, kabupaten Sleman, provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tepat disebelah barat Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada. RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dibagi menjadi tiga Instalasi Rawat Inap yaitu IRNA I, IRNA II, IRNA III dan VIP (IRNA IV), adapun Ruang Cendana 2 digunakan untuk lahan praktik dan studi kasus berada di Instalasi Rawat Inap I (IRNA I)

Lokasi RSUP Dr. Sardjito berada di JL. Kesehatan No. 1 Sekip Yogyakarta berada disekitar kampus Universitas Gajah Mada. (Setiawan, 2008). Dan Ruang Cendana 2 terletak di Lantai 2 merupakan ruang rawat inap bedah Onkologi pasien dewasa Laki-Laki dan Perempuan yang dilengkapi kapasitas 29 kamar yang terdiri dari kelas I, 6 kamar kelas III terdiri dari 18 kamar dan ada 1 tempat untuk Ruang tindakan. Untuk Register mulai bulan Agustus 2018 sampai Februari 2019 jumlah keseluruhan pasien ada 280

diantaranya pasien *carcinoma keseluruhan* ada 15 dan pasien *Susp Kolangiocarcoma* dan *ca pancreas* dengan jumlah 11 pasien

2. Karakteristik Partisipan

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan

No	Karakteristik	Pasien Ny C	Pasien Tn S
1	Umur	83th	67 th
2	Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-Laki
3	Agama	Katholik	Islam
4	Pendidikan	SLTA	SD
5	Pekerjaan	Pensiunan	Petani
6	Status Pernikahan	Menikah	Menikah
7	Diagnosa Medis	Susp Colangiocarcoma	Ca Pancreas

Sumber : Rekam Medis Pasien 2019

Berdasarkan tabel 4.1 diatas diketahui bahwa kedua responden berusia 83thn dan 67thn yang termasuk dalam kategori lanjut usia menurut (WHO), Dan diketahui bahwa kedua responden berjenis kelamin yang berbeda yaitu Laki-Laki dan Perempuan. Agama pasien berbeda antara Ny.C dan Tn.S yaitu agama katolik dan islam. Dengan latar belakang pendidikan yang sama-sama berbeda yaitu SLTA dan SD. Pekerjaan kedua responden yaitu seorang pensiunan dan petani. Kedua responden sama-sama sudah menikah dan didiagnosa medis yang berbeda yaitu Susp Cholangiocarcoma dan Ca Pankreas

3. Gambaran Asuhan Keperawatan

a. Pasien Ny. C

Pasien mengatakan pada tahun 2013 mempunyai riwayat penyakit diabetes dan mendapatkan pengobatan selama 2 bulan di

RS Palangkaraya dan dinyatakan sembuh oleh dokter karena luka diabetes kering.

Selama pasien di rawat di Rumah Sakit Palangkaraya pasien mengalami tidak nafsu makan, pasien hanya makan buah apel 2 potong dan minum susu bear brand 2 botol/hari. Keluarga mengatakan nafsu makan pasien menurun setelah sakit, pasien dipaksa oleh keluarga untuk makan nasi 2 sendok tetapi dimuntahkan.

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang pasien mengatakan sudah seminggu di rawat di Klinik Palangkaraya pada tanggal 20 maret 2019 dengan keluhan tidak nafsu makan, dan diberikan obat ranitidin 150mg/P.O untuk mengurangi rasa mual. Selama di rawat di Klinik Palangkaraya pasien didiagnosa sakit maag biasa. Selama seminggu pasien dirawat tidak ada perubahan mengenai kondisinya dan pasien terlihat kuning badannya. Keluarga dan pasien meminta pindah di RS Palangkaraya dirawat selama 1 minggu dan hasil sama dengan sakit maag biasa, pasien diberikan terapi ranitidin 50mg/IV. Setelah beberapa hari pasien merasa mual dan muntah yang berlebih, Sehari hampir 3x muntah dengan konsistensi lendir putih. Keluarga dan pasien melakukan pemeriksaan kembali di RS kota Palangkaraya dengan memeriksa laboratorium dengan hasil urin warna kuning kecoklatan seperti teh, badan pasien berwarna kuning, sklera ikterik, membran mukosa pucat. Dan dokter

mengatakan kemungkinan ada penyumbatan dibagian pankreas atau di empedu, lalu pasien dan keluarga dirujuk ke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tanggal 13 April 2019. Karena hasil dari USG RS Palangkaraya terdapat sumbatan di daerah empedu kemudian pasien dibawa ke IGD dan dilakukan pemeriksaan Laboratorium dengan hasil Hb 7.0g/dl, Albumin 2.16g/dl dan alasan pasien dibawa ke bangsal Cendana 2 pada jam 16.00 dikarenakan pasien dengan kondisi yang sangat tidak baik dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) angka (12) apatis.

Hasil pengkajian dari Ny. C pada tanggal 15 April 2019 jam 10.00 WIB didapatkan keluhan utama yaitu mual jika mau makan, pasien hanya makan 2 potongan buah apel, berat badan pasien dari 58kg turun menjadi 40kg dalam kurun waktu 4 minggu, dan dilakukan pengkajian dengan status nutrisi sebagai berikut : hasil pengukuran (*Antropometri*) pada pasien Ny.C BB 40kg, TB 150cm, LILA 22cm, Tebal Lemak pasien 15cm, IMT 17,7 (sedang), dari hasil (*Biochemical Data*) : Hb 7.0g/dl, Hematokrit 33,5g/dl, Bilirubin 30.78g/dl, Albumin 2.16g/dl, lalu dari hasil (*Clinical sign*) : kulit pasien berwarna kuning diseluruh tubuh, sklera ikterik, membran mukosa pucat, kongjutiva anemis, turgor kulit jelek, Capillary Refill >3 detik, lidah dan langit-langit mulut berwarna kuning, kaki pasien bengkak kanan dan kiri, dan dari data (*Dietary History*) : pasien tidak diperbolehkan makan yang

berminyak-minyak seperti gorengan. Data triangulasi keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan karena merasa mual jika mau makan, makan pasien hanya habis 2 potong buah apel, berat badan pasien dari 58kg turun menjadi 40kg dalam kurun waktu 4 minggu.

Data pengkajian selanjutnya di analisa didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Ny. C yaitu Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan karena faktor biologis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan *Nutritional Status* teratasi dengan kriteria hasil : Status nutrisi pasien baik dengan hasil lab normal Hb 12g/dl, hemakorit normal 35,0/ albumin normal 3.40, berat badan pasien normal dengan rata-rata IMT 18,5, nafsu makan meningkat dengan porsi 1 piring 3x sehari. Dengan dilakukan perencanaan pemantuan nutrisi da pemantauan hasil Lab.

Implementasi yang dilakukan meliputi NIC : *Nutritional Management* : memantau asupan nutrisi pasien, mengukur BB, memberikan pasien dan keluarga untuk memberikan makan sedikit-sedikit tapi sering, membantu perawatan diri (membersihkan mulut), melakukan kolaborasi dengan Ahli Gizi tentang pemberian makanan.

Evaluasi hasil yang sudah dilakukan pada pasien Ny.C dengan Masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh teratasi sebagian dengan kriteria hasil yang sudah tercapai yaitu : nafsu makan pasien meningkat, dengan mau mulai makan nasi 4 sendok dengan lauk tahu, sayur dan minum air putih, BB pasien normal 18,5 (normal).

b. Pasien Tn. S

Pasien mengatakan selama sakit tidak pernah makan sama sekali dalam 1 minggu berturut-turut, pasien hanya minum air putih 330ml. Data triangulasi : Keluarga mengatakan nafsu makan pasien menurun selama sakit.

Sebelum di rawat di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pasien di rawat di klinik Purworejo pada tanggal 01 maret 2019 dengan didiagnosa maag biasa, lalu pasien diberikan obat maag yaitu Ranitidin (50mg)/IV. Selama 1 minggu dirawat di klinik Purworejo keluarga dan pasien merasa tidak ada perubahan kemudian keluarga pasien meminta untuk dirawat dirumah. Selama dirawat dirumah pasien merasa mual tidak makan selama 1 minggu dan demam yang tidak turun sekitar 39.0°C. Kemudian keluarga pasien membawa ke RSUD Purworejo di bawa ke IGD dan pemberian obat paracetamol (1g/100 ml)/(drip IV) dengan tetesan 20tpm dan Ranitidin (50mg)/IV agar panas turun dan tidak merasa mual. Pasien di rawat selama 2 minggu lebih di RSUD Purworejo pada

tanggal 12 maret 2019 kondisi pasien sama saja tidak ada perubahan sama sekali, dan pasien terlihat lemas dan sklera ikhterik. Keluarga kemudian membawa pasien ke RS Bethesda. Alasan pasien masuk di RS Bethesda karena diberikan pengarahan sesama tetangga untuk dirawat disana. Untuk mendapatkan pengobatan yang maksimal. Pasien di rawat selama 1 minggu di RS Bethesda dengan mendapatkan obat mual Ranitidin (50mg)/IV, paracetamol (1g/100ml)/IV dengan cara di drip dengan tetesan 25tpm dan obat ketorolac (30mg)/IV. Setelah beberapa hari dokter melakukan pemeriksaan fisik dikarenakan ada perubahan pada pasien secara tiba-tiba kemudian dokter melakukan pemeriksaan dengan melihat kondisi seluruh badan diantaranya sklera pasien ikterik, badan terlihat kuning dibagian tangan kiri dan kanan, dokter melakukan pemeriksaan USG abdomen dengan hasil ''tampak kalsifikasi batu di sepanjang daerah pancreas''. Dokter menyarankan agar pasien dirujuk ke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Pasien di bawa ke IGD pada tanggal 04 April 2019 dan mendapat terapi Ranitidin (50mg)/IV, pemeriksaan GDS: 200, pemasangan kateter, serta pemeriksaan Laboratorium Hb 8.0 g/dL. Di IGD di lakukan pemasangan infus di tangan kanan dengan infus NaCl 0,9% dengan tetesan 20tpm. Lalu pasien di pindah di bangsal Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito pada tanggal 04 April 2019.

Hasil pengkajian pada pasien Tn S pada tanggal 15 April 2019 jam 11.00 WIB. Pasien mengatakan merasa mual, tidak ada nafsu makan. Jika pasien makan mau di muntahkan karena tidak ada sensasi rasa untuk makan, dan berat badan pasien dari 60kg turun menjadi 40kg dalam kurun waktu satu bulan. Adapun pengkajian status nutrisi sebagai berikut : hasil pengkajian (*Antropometri*) : BB pasien 40kg, TB pasien 160cm, LILA pasien 22cm , Tebal Lemak pasien 15cm, Lingkar Pinggul pasien 90cm, dengan Hasil IMT (15,6) sangat kurus. Data hasil dari (*Biochemical Data*): Hb pasien 8gr/dl (belum normal), Hematokrit pasien 33,0 g/dL(lebih dari normal), Bilirubin 36.78 mg/dL(lebih dari normal), Albumin 2.16g/dL (rendah). Lalu pada hasil (*Clinical Sign*) : kulit pasien berwarna kuning, sklera ikterik, membran mukosa pucat, konjungtiva anemis, turgor kulit jelek, *Capillary Refill* <3 detik, lidah dan langit-langit mulut berwarna kuning, kaki pasien bengkak di kaki kanan, terpasang infus ditangan kanan sejak 13 April 2019, terpasang NGT 09 April 2019, terpasang Kateter sejak awal masuk, KU pasien apatis dengan nilai GCS E : 6 V : 3 M : 3 (12). Dan hasil dari (*History Diit*) : pasien tidak ada patangan makanan selama tidak sakit. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari keluarga yang mengatakan pasien merasa mual, tidak ada nafsu makan. Jika pasien makan mau di muntahkan karena tidak ada

sensasi rasa untuk makan, dan berat badan pasien dari 60kg turun menjadi 40kg dalam kurun waktu satu bulan.

Data pengkajian selanjutnya di analisa di dapatkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn. S yaitu Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Nutritional Status teratasi dengan kriteria hasil : Status nutrisi pasien baik dengan hasil LAB normal Hb 12g/dl, hemakorit normal 35,0, albumin normal 3.40, Berat badan pasien normal dengan rata-rata IMT 18,5-24,9, Nafsu makan meningkat dengan porsi 1 piring 3x sehari. Dengan dilakukannya penimbangan berat badan setiap shift pagi.

Implementasi dimulai tanggal 15 april s/d 17 april 2019. Dengan NIC label : *Nutritional Management* : memantau asupan nutrisi pasien, memonitor TTV, memberikan pasien dan keluarga untuk memberikan makan sedikit-sedikit tapi sering, membantu perawatan diri (membersihkan mulut), melakukan kolaborasi dengan Ahli Gizi tentang pemberian makanan.

Evaluasi hasil yang sudah dilakukan dengan Masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan karena faktor biologis tercapai sebagian dengan dilakukan tindakan pemantauan status nutrisi pasien dengan kriteria hasil yang belum

tercapai yaitu: nafsu makan pasien belum meningkat dengan pasien tidak mau makan, pasien hanya minum air putih 2 sendok, BB belum normal, hasil Lab belum normal.

4. Gambaran Data Partisipan

Tabel 4.2 Gambaran Data Partisipan

No	Proses Keperawatan	Pasien Ny. C	Pasien Tn. S
1.	Pengkajian	Pasien dengan <i>Cholangiocarcoma</i> 1. Pasien mengatakan berat badan turun, dari 58kg menjadi 40kg 2. Merasa mual 3. Nafsu makan berkurang 4. Ikterik pada tubuh 5. A : IMT pasien 17,5 (sedang) 6. B : HB 7,0g/dl 7. C : kulit pasien berwarna kuning, sklera ikhterik, 8. D : pasien diit dengan tinggi lemak 9. Pasien mengalami rasa gatal di seluruh badan.	Pasien dengan Ca Pankreas 1. Pasien mengatakan berat badan turun, dari 60kg menjadi 40kg 2. Merasa mual 3. Nafsu makan berkurang 4. Ikterik pada tubuh 5. IMT 15,6 (sangat kurus) 6. HB 8,0g/dl, 7. kulit pasien berwarna kuning, sklera ikhterik 8. diit makanan susu 9. Pasien mengalami rasa gatal di seluruh tubuh menjalar ke

		punggung saat malam hari
2. Diagnosa Keperawatan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan karena Faktor biologis	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna Makanan karena Faktor Biologis
3. Perencanaan	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Nutritional Status teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <p>a) Status Nutrisi pasien Baik dengan hasil pasien makan dengan asupan gizi yang tinggi dan berprotein.</p> <p>b) Berat Badan Normal dengan rata-rata IMT 18,5-24,9.</p> <p>c) Nafsu Makan Meningkat dengan Hasil pasien Makan dengan 3x sehari.</p> <p>NIC : <i>Nutritional Management</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memantau asupan nutrisi pasien, 2. mengukur BB, 3. memberikan pasien dan keluarga untuk memberikan makan sedikit-sedikit tapi sering, 	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Nutritional Status teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <p>a) Status Nutrisi pasien Baik dengan hasil pasien makan dengan asupan gizi yang tinggi dan berprotein.</p> <p>b) Berat Badan Normal dengan rata-rata IMT 18,5-24,9.</p> <p>c) Nafsu Makan Meningkat dengan Hasil pasien Makan dengan 3x sehari.</p> <p>NIC : <i>Nutritional Management</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memantau asupan nutrisi pasien, 2. mengukur BB, 3. memberikan

	4. membantu perawatan diri (membersihkan mulut),	pasien dan keluarga untuk memberikan makan sedikit-sedikit tapi sering,	4. membantu perawatan diri (membersihkan mulut)
4. Pelaksanaan	<p><i>Nutritional Management:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau Asupan Nutrisi pasien, 2. Mengukur BB, 3. Mengedukasi pasien dan keluarga untuk memberikan makan sedikit-sedikit tapi sering, 4. Membantu perawatan diri (Membersihkan Mulut), Melakukan 	<p><i>Nutritional Management:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau Asupan Nutrisi pasien, 2. Mengukur BB, 3. Mengedukasi pasien dan keluarga untuk memberikan makan sedikit-sedikit tapi sering, 4. Membantu perawatan diri (Membersihkan Mulut), Melakukan 	
5. Evaluasi	Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi	Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian	

Sumber : Data Pasien 2019

B. Pembahasan

Berdasarkan karakteristik partisipan di dapatkan kedua partisipan dengan usia 83th dan 67th yang termasuk dalam kategori lanjut usia tua (75-90thn) dan usia sangat tua (90thn keatas) menurut (WHO), berikut ini digolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu : usia pertengahan (middle age) 45-59thn, lanjut usia (elderly) 60-74thn, lanjut usia tua (old) 75-90thn, usia sangat tua (very old) diatas 90thn. Hal ini sesuai dengan jurnal *Geriatric medicine, sarkopenia, failty* dan kualitas hidup pasien usia lanjut (2017) yang menyatakan bahwa usia lanjut atau menua mengakibatkan penurunan fungsi sistem organ seperti sensorik, saraf pusat, pencernaan dapat dijelaskan bahwa semakin bertambahnya usia seringkali dibarengi dengan bertambahnya gangguan kesehatan pada tubuh. Pada saat usia bertambah, banyak fungsi tubuh yang menurun karena pada sistem pencernaan tidak seefisien sebelumnya saat muda, dimana otot-otot menjadi kaku, lemah dan sel tubuh juga tidak beregenerasi secara cepat sehingga pada sistem pencernaan menjadi sensitif dan mudah mengalami luka, kardiovaskuler, dan sistem respirasi (Journal Sanjaya,2017). Dari karakteristik partisipan didapatkan bahwa kedua partisipan memiliki jenis kelamin yang berbeda yaitu Laki-Laki dan Perempuan, dapat di jelaskan pada teori menurut (Yeo, 2015) yang menjelaskan bahwa pada sistem endokrin dan hepatobilier ini lebih banyak dialami oleh laki-laki dibandingkan perempuan dengan insidensi 8,5% laki-laki dan

wanita 5,6%. Karena pada laki-laki gaya hidupnya berbeda, Seperti mengkonsumsi alkohol, merokok, dan sering minum kopi, hal ini bisa mengakibatkan masalah dibagian hepatobilier menjadi tidak seimbang kerjanya. sedangkan perempuan cenderung lebih bisa menjaga pola makan yang sehat. Menurut WHO (2008).

Data pengkajian Pada Ny. C di temukan adanya penurunan Berat Badan selama 4 minggu dari 58kg turun menjadi 40kg, sedangkan pada Tn. S juga terjadi penurunan Berat Badan selama satu bulan terakhir dari 60kg turun menjadi 40kg. Hal ini menunjukkan bahwa pada kedua kasus pasien ini sama-sama mengalami penurunan Berat Badan. Penurunan Berat Badan pada pasien Ny. C dan pasien Tn. S di dukung dengan pernyataan keluarga yang menjelaskan masing-masing bahwa pasien mengalami penurunan Berat Badan. Hal ini sesuai dengan teori yang di ungkapkan oleh para ahli yaitu el-Kamar (2003), menyatakan Bahwa pasien dengan Ca Pankreas mengalami penurunan berat badan, proses terjadinya penurunan berat badan di sebabkan karena adanya penyakit dalam tubuh yaitu adanya penyakit kanker yang disebabkan oleh faktor stress, nyeri abdomen dan terjadi penurunan berat badan. Sehingga terjadi gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein. Kondisi ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Silvia marischa, dkk (2017) tentang Malnutrisi pada pasien kanker yang menyatakan bahwa

pada pasien dengan penyakit kanker akan menyebabkan penurunan berat badan.

Pada pasien Ny. C dan Tn. S sama-sama mengalami rasa Mual saat makan karena di pengaruhi oleh kondisi penyakit. sesuai penelitian yang di ungkapkan oleh para ahli yaitu Lola Susanti (2013) dengan judul karakteristik mual dan muntah, Bahwa pasien dengan gangguan sistem endokrin mengalami rasa mual. Selain penyakit tertentu yang mempengaruhi rasa mual yang akan terjadi yaitu penyerapan nutrisi dan kehilangan kalori yang berlebihan akan mengakibatkan rasa mual. Dalam sumber lain mual adalah suatu kondisi di mana seseorang mempunyai perasaan yang menekan dan tidak nyaman sebelum muntah, tetapi tidak selalu menyebabkan muntah, biasanya rasa mual dihasilkan oleh rangsang sekelompok sel saraf dalam tak, disebut pusat muntah. Jika rangsangan cukup hebat mual akan diikuti oleh muntah (David, 2009). Kondisi ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Silvia marischa, dkk (2017) dengan pernyataan tentang Malnutrisi pada pasien kanker yang menyatakan bahwa hubungan dengan 2 pasien yaitu sama-sama mengalami menurunnya asupan nutrisi per oral karena anoreksia, mual, muntah dan perubahan persepsi rasa dan bau, yang mengakibatkan tidak ada rasa atau keinginan untuk makan.

Pada pasien Ny. C dan Tn. S sama-sama mengalami tidak nafsu makan karena di pengaruhi oleh kondisi penyakit, ini bisa terjadi di

karenakan di dalam sistem pencernaan sudah di dapatkan infeksi disaluran cerna dan asam lambung menjadi rasa panas dibagian lambung dan terjadilah rasa tidak nyaman. Dan ini sesuai dengan Kondisi yang didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Stefana Danty, dkk (2015) tentang peran dukungan pendamping dan kebiasaan makan pasien kanker selama menjalani terapi, yang menyatakan pasien dengan kanker akan mengalami penurunan nafsu makan, karena hilangnya rasa pengecap dan bau, tidak ada keinginan untuk makan.

Pada pasien Ny. C dan Tn. S sama-sama mengalami ikterik atau jaundice, kondisi ini didukung penelitian yang dilakukan oleh Auliya Bella, dkk (2015) tentang karakteristik penderita kanker pankreas di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2009-2013 menyatakan bahwa pasien dengan Ca pankreas akan mengalami ikterik 65,12% karena terjadi penyumbatan pada daerah pankreas dan terjadi ikterik. Disebabkan karena peningkatan kadar bilirubin dalam darah. Bilirubin adalah hasil pemecahan sel darah merah yang sudah tua, dan akan merombak bilirubin dan membuangnya kedalam usus sehingga dapat dikeluarkan bersamaan dengan tinja. Jika proses diatas mengalami gangguan dan bilirubin terhambat masuk ke hati atau saluran empedu, maka zat ini akan bertumpuk di dalam darah dan mengendap dikulit sehingga terlihat gejala sakit kuning atau jaundice (Martiza, 2010).

Pada pasien Ny C dan Tn S sama-sama mengalami rasa gatal, tetapi pada Ny C mengalami rasa gatal disekitar dada sampai perut, sedangkan pada Tn S mengalami rasa gatal diseluruh tubuh sampai menjalar ke punggung dan mengalami tidak bisa tidur, karena rasa gatal timbul saat malam hari. Hal ini sesuai dengan penelitian menurut Ario Perbowo Putra tahun (2011) Yang menyatakan tanda dan gejala yaitu muncul rasa gatal. Rasa gatal ini diakibatkan karena penghasil empedu (bilirubin) dan dialirkan ke kantong empedu terjadi sumbatan dan nanti digunakan dalam proses pencernaan makanan. Rasa gatal disebabkan juga karena jaundice atau penyakit kuning yang menyebar ke seluruh tubuh akibat penyimpangan Kristal garam empedu dibawah kulit.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien Ny C dan Tn S adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan karena faktor biologis. Teori ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh NANDA (2015-2017) bahwa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik dengan batasan karakteristik yaitu berat badan pasien menurun, membran mukosa pucat dan kongjutiva anemis, adanya perubahan sensasi rasa.

Intervensi keperawatan sesuai rencana dan kriteria hasil berdasarkan NOC (*Nursing Outcome Classification*) dan NIC (*Nursing*

Intervention Classification). Perencanaan keperawatan pada pasien Ny C dan Tn S dengan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan karena faktor biologis yaitu memiliki tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan *Nutritional Status* tercapai dengan kriteria hasil IMT pasien normal, membran mukos tidak pucat dan kongjutiva tidak anemis, tidak mengalami kelemahan otot, tanda-tanda vital normal (TD 120/90 mmHg, Suhu 36-37,5°C, Nadi 60-100x/mnt, RR 16-24x/mnt)

Penulis memilih *Nutritional Status* dari beberapa NOC label Hal ini di jelaskan dengan jurnal menurut Ririn Hariani tahun (2015) tentang kecukupan nutrisi pada pasien kanker, yang menyatakan pemantaun pada pemberian nutrisi yang adekuat harus dilakukan secara rutin dan teratur meliputi : perubahan status medis selama mendapat terapi obat, perubahan status nutrisi yang disebabkan efek samping terapi atau proses penyakit, perubahan kebutuhan nutrisi selama terapi dan masa pemulihan, dan perubahan laboratorium selama terapi dan pemulihan.

Rencana intervensi yang dilakukan dari tanggal 15 April 2019 sampai 17 April 2019 pada Ny C dan Tn S adalah *Nutritional Management* meliputi mengukur BB dengan rasional untuk mengetahui peningkatan BB pasien, memantau asupan nutrisi pasien dengan rasional untuk mengetahui gizi pasien, mengedukasi pasien

dan keluarga untuk memberikan makan sedikit-sedikit tapi sering dengan rasional untuk tidak mengalami mual dan muntah sehingga diberikan makan sedikit-sedikit tapi sering agar nutrisi pasien bisa terpenuhi, membantu perawatan diri (membersihkan mulut) dengan rasional mulut pasien bersih, tidak berbau dan pasien akan lebih meningkat dalam asupan makan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dengan rasional untuk agar pasien tidak mengalami anokresia. Penulis mengambil NIC label : *Nutritional Management* dengan alasan bahwa dengan melakukan tindakan memantau asupan nutrisi pasien, misalnya untuk memantau gizi pasien. Penulis mengambil NIC label : *Nutritional Management* dengan alasan bahwa dengan melakukan tindakan memantau nutrisi pasien dapat mengetahui perubahan status nutrisi selama terapi dan saat masa pemulihan, misalnya ada perubahan status nutrisi yang disebabkan efek samping saat terapi obat atau proses penyakit sendiri sehingga asupan nutrisi pasien kurang adekuat dan perubahan laboratorium saat terapi. Pada intervensi ini tindakan yang tidak dilakukan yaitu kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemberian makanan dengan tinggi protein, pada hal ini dikarenakan belum ada wewenang untuk mahasiswa untuk kolaborasi dengan ahli gizi lebih dekat, sehingga mahasiswa hanya bertanya dengan perawat yang jaga dan kurang efisien untuk mengetahui lebih detail dengan pemantau nutrisi pasien. Tindakan diluar intervensi yaitu dilakukan dengan memantau

kesadaran pasien pada Tn. S dikarenakan pada Tn. S mengalami penurunan kesadaran sejak dirawat di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang disusun menurut NIC, NOC dan kondisi pasien dari hari pertama tanggal 15 April 2019 sampai hari terakhir tanggal 17 April 2019. Implementasi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan karena faktor biologis. Mengukur BB pada Ny C dan Tn S. hal ini menunjukkan bahwa pada kedua pasien dengan keganasan sistem endokrin dan hepatobilier dilakukan tindakan memonitor tanda-tanda vital. Memantau asupan nutrisi Ny C dan Tn S hal ini untuk mengetahui apakah ada asupan nutrisi yang masuk maupun yang keluar. Hal ini dengan pembahasan bahwa dengan melakukan perencanaan ini dapat mengetahui hasil dari pemantuan nutrisi, pemantuan BB dengan baik dan akurat.

Evaluasi dari 4 kriteria hasil yang ditetapkan baru 2 kriteria hasil yang tercapai yaitu pasien mampu makan sedikit tapi sering, memantau asupan nutrisi pasien. Dan masih ada 2 kriteria hasil yang belum tercapai yaitu setelah dilakukan perawatan selama 3x24jam evaluasi hasil yang diperoleh adalah tujuan tercapai sebagian sehingga pada Ny C dilengkapi dengan data asupan nutrisi pasien kurang, sedangkan pada Tn. S masalah belum teratasi. Tindakan Mengelola pemberian obat ranitidin 50mg/12jam untuk mengurangi rasa mual

yang berlebihan. Hal ini menunjukkan bahwa pada kedua pasien dengan keganasan sistem endokrin dan hepatobilier dilakukan pemberian terapi obat ranitidine untuk mengurangi rasa mual. Hal ini sesuai dengan penelitian Bertram G (2012), yang menjelaskan bahwa pemberian obat Ranitidin dapat menghambat sekresi asam lambung, menekan kadar asam dan volume sekresi lambung.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Faktor keterbatasan yang dialami penulis yaitu :

1. Pasien untuk berkomunikasi verbal kurang jelas karena pasien sudah tua dan keluarga tidak sepenuhnya menunggu disamping pasien
2. Tidak adanya pasien yang sesuai dengan proposal yang telah dibuat oleh peneliti, sehingga peneliti harus mengganti kasus sesuai dengan yang ada di ruang rumah sakit sehingga peneliti harus membuat proposal dari awal dan membutuhkan waktu yang cukup lama untuk memahami.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Gambaran lokasi studi kasus yang digunakan yaitu di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito. Ruang Cendana 2 merupakan bangsal bedah digesti, bedah thorax dan vaskuler, bedah plastik, bedah onkologi, dan bedah orthopedi. Ruang Cendana 2 mempunyai kapasitas 29 tempat tidur terdiri dari kelas 1,2,3, dan juga terdapat kamar khusus.
2. Gambaran karakteristik pasien dengan keganasan sistem endokrin dan hepatobilier yang dilakukan studi kasus meliputi 2 pasien. Pasien pertama yaitu seorang perempuan Ny C, usia 83thn, pendidikan terakhir SLTA, status perkawinan menikah, pekerjaan pensiunan, dengan didiagnosa *Susp Cholangiocarcoma*. Sedangkan pasien kedua yaitu seorang Laki-Laki Tn S, usia 67thn, pendidikan terakhir SD, status perkawinan menikah, pekerjaan petani, dengan didiagnosa Ca Pankreas.
3. Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh pada kedua pasien dengan keganasan sistem endokrin dan hepatobilier dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d

ketidakmampuan mencerna makanan karena faktor biologis. Dibuat atau disusun rencana keperawatan dengan tujuan status nutrisi pasien teratasi dengan menunjukkan : pola asupan nutrisi pasien normal. Pada pelaksanaan keperawatan mengkaji tingkat nutrisi pasien dengan intervensi memantau nutrisi pasien. Dari pelaksanaan yang telah dilakukan pada Ny C dan Tn S didapatkan hasil evaluasi keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian dan belum teratasi.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Dengan membuat Karya Tulis Ilmiah diharapkan bagi penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan asuhan keperawatan pada pasien dengan keganasan sistem endokrin dan hepatobilier

2. Peneliti selanjutnya

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya mengenai keganasan sistem endokrin dan hepatobilier

3. Bagi kampus Akper YKY

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi bagi mahasiswa dan sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan di institusi.

4. Bagi perawat

Bagi perawat lebih mengembangkan pelayanan yang sudah ada seperti mengobservasi kegiatan pasien sehari-hari serta memotivasi klien untuk kontrol rutin guna membantu klien yang mungkin mengalami kendala dalam proses pengobatan untuk penyembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bertram G. Katzung, Susan B. Masters AJT. *Basic and Clinical Pharmacology A Large Medical Book*. 10, illust. (Bertram G. Katzung, Susan B. Masters AJT, ed.). McGraw-Hill Medical, 2012.
- Boediwarsono. Terapi Nutrisi Pada Penderita Kanker. Dalam: Naskah Lengkap Surabaya Hematology Oncology Update IV. Medical Care of the Cancer Patient, editor: Boediwarsono, Soegianto, Ami Ashariati, Made Putra Sedana, Ugroseno; 2012. hlm 134-141. 2
- Brunner & Suddarth, (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta : EGC
- Cambridge Communication Limited. (1998). *Anatomi Fisiologi Modul SWA Instuksional. Modul I: Sistem Tubuh Manusia dan Sistem Reproduksi*. Jakarta: EGC
- Carpenito, Juall Lyda. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Corwin, J. Elizabeth, 2010. *Buku Saku Patofisiologi Edisi Rev. 3*. Jakarta: EGC
- Darmawan G, Simadibrata M. Pancreatic Cancer: Review of Etiology, Clinical Features, Diagnostic Procedures, Treatment and Mesothelin Role. Indonesia Journal Gastroenterol Hepatol Digest Endos. 2011
- Darwin, 2014, Medscape: *Colangiocarcoma* , diunduh tanggal 30 April 2019 : <http://www.emedicine.com/med/topic>
- David Arnort, dkk (2009). *Pustaka Kesehatan Populer Saluran Pencernaan, Volume 4*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer. Hlm 167
- El-Kamar F.G, Grossbard M.L, dan Kozuch P.S.2003. Metastatic Pancreatic Cancer: Emerging Strategies in Chemotherapy and Palliative Care. *Oncologist*. 8(1):18-34
- Feldman, R.S. (2012). *Pengantar Psikologi : Understanding Psychology edisi 10*. Jakarta : Salemba Humanika
- Hasdianah, 2012, *Mengenal Kebutuhan Nutrisi*. Jakarta: Salemba Medika
- Hidalgo, Mnuel. 2010. Pancreatic Cancer. *The New England Journal of Medicine*.

- Husain Umar. 2013, *Metode Penelitian untuk Skripsi dan Tesis*, Jakarta : Rajawali
- Khan, S. H., et., 2012, *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Colangiocarcoma : An Update*, London
- Lola S, & Mula T, (2013). *Karakteristik Mual dan Muntah Serta Upaya Penanggulangan Oleh Penderita Kanker Yang Menjalani Kemoterapi*, diunduh Tanggal 20 April 2017
- Marischa, Silvia 2017. *Malnutrisi pada pasien Kanker Vol. 7*, diunduh Tanggal 30 April 2019
- Martiza L.2010. *Ikhterus*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI
- Marylin E. Doenges (2010) :*Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien* Edisi 3, penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta
- Muttaqin Arif dan Kusuma Sari, (2011), *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba
- NANDA International. (2015). *Diagnosa Keperawatan, Definisi dan Klarifikasi*
- NIC NOC, (2015), *Diagnosa Keperawatan dan Panduan Penyusunan Asuhan*, Jilid 2. Jakarta : Salemba Medika
- Price, Sylvia. 2010. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* Vol. 2 Jakarta : EGC
- Riset Kesehatan Dasar (Riskedas), 2018. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI*
- Riyadi, Sujono dan Sukarmin, 2013. *Asuhan Keperawatan pada pasien Dengan Gangguan Eksorin & Endokrin pada Pancreas*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Ross, Murray G., and B.W. Lappin. (1967). *Community Organization : theory, principles and practice*. Second Edition. New York: Harper & Row Publishers.
- Setiawan, 2011. *Konsep dan penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* Jakarta: Salemba Medika

- Singal AK, Vauthey JN, Grady JJ, Stroehlein JR. *Intra-hepatic cholangiocarcinoma-frequency and demographic patterns: thirty-year data from the M.D. Anderson Cancer Center. J Cancer Res Clin Oncol. Mei, 2019*
- Sudoyo, A. W., et al., 2010, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : FKUI
- Yeo,T.H., 2015. Demographic, Epidemiology, and Inheritance of Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. *Semin Oncol* 42:8-18.
- Stefana, Danty 2012. *Risk factor sandin cadence facute pyogenic cholangitis. Hepatobiliary Pancreat*
- Zieve, et al., 2013, Gallblader Disease, diunduh pada tanggal 30 April 2019 :
<http://www.healthalfererer.com/health/colangiocarcoma>
- <http://pphi-online.org/alpha/?p=688>. Diakses pada tanggal 01 mei 2019

LAMPIRAN

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat secara rinci dan telah mengerti mengenai Studi Kasus yang dilakukan oleh Nahdhiyatul Ummah dengan judul Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi pada pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier Diruang Cendana 2 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Baik selama studi kasus saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa saksi apapun.

Yogyakarta, 15 April 2019

Perawat Ruangan CI

[Signature]

()

Yang memberi persetujuan



[Signature]
Dr. Wahyu Supriyati, S.Hut., M.P.

Peneliti

[Signature]

(Nahdhiyatul Ummah)

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat secara rinci dan telah mengerti mengenai Studi Kasus yang dilakukan oleh Nahdhiyatul Ummah dengan judul Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi pada pasien dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier Diruang Cendana 2 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Baik selama studi kasus saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa saksi apapun.

Yogyakarta, 15 April 2019

Perawat Ruangan CI

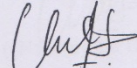


Yang memberi persetujuan



Sri Wahyu N.

Peneliti



(Nahdhiyatul Ummah)

Lampiran 5



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

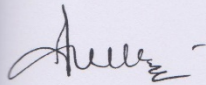
**BERITA ACARA PELAKSANAAN BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Nahdhiyatul Ummah
NIM : 2216064
Nama Pembimbing 1 : Dwi Wulan Minarsih, S.Kep.,Ns.M.Kep
Nama Pembimbing 2 : Venny Diana, S.Kep.,Ns.M.Kep
Judul KTI: Gambaran Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan Pada Pasien Dengan Keganasan Sistem Endokrin dan Hepatobilier Di Ruang Cendana 2 IRNA I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN/NAMA	
			Pembimbing	Mahasiswa
1	Senin, 04 Feb 2019	Diskusi judul KTI		
2	Rabu, 06 Feb 2019	Pengajuan judul KTI		
3	Selasa, 12Feb 2019	Pelaporan hasil stupen		
4	Senin,18 Feb 2019	Bimbingan Proposal BAB I, II (pemb 1)		
5	Kamis, 21 Feb 2019	Bimbingan Proposal BAB II (pemb 1)		
6	Jumat, 22 Feb 2019	Bimbingan Proposal BAB I,II, III (pemb 2)		
7	Senin, 25 Feb 2019	Bimbingan Proposal BAB I,II, III (pemb 2)		
8	Selasa, 26 Feb 2019	Bimbingan Proposal BAB I,II, III (pemb 2)		
9	Selasa, 26 Feb 2019	Bimbingan proposal BAB I,II,III (pemb 2)		
10	Rabu, 27 Feb 2019	Acc propoposal (pemb 1)		
11	Kamis, 28 Feb 2019	Acc Proposal Pembimbing 2		
12	Sabtu, 10 Maret 2019	Revisi Proposal BAB I, II, III (penguji)		
13	Senin, 12 Maret 2019	Revisi Proposal BAB I, II, III (penguji)		
14	Rabu, 13 Maret	Acc Proposal Penguji		

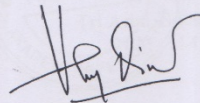
29 April	Konsul Askep		
13 Mei 2019	Bimbingan KTI BAB IV (Pemb 1)		
15 Mei 2019	Bimbingan KTI BAB IV & V (Pemb 1)		
17 Mei 2019	Bimbingan KTI BAB IV & V (Pemb2)		
20 Mei 2019	Bimbingan KTI BAB IV & V (Pemb 1)		
21 Mei 2019	Bimbingan KTI BAB IV & V (Pemb 2)		
13 Juni 2019	Bimbingan dan ACC KTI VI & V Penguji		
20 Juni 2019	Bimbingan KTI BAB VI & V (Pemb 2)		
24 Juni 2019	Bimbingan KTI BAB IV Pemb 2		
25 Juni 2019	Bimbingan KTI BAB IV (Pemb 2)		
26 Juni 2019	Revisi BAB IV (Pemb 2)		
27 Juni 2019	Revisi BAB IV (Pemb 2)		
1 Juli 2019	Bimbingan BAB IV (pemb 2)		
3 Juli 2019	Bimbingan BAB IV (pemb 2)		
4 Juli 2019	ACC KTI (Pemb 2)		
Juli 2019	ACC KTI (Pemb 1)		

Pembimbing I



Wulan Minarsih, S.Kep.,Ns.M.Kep
NIK: 1141 99 035

Pembimbing II



Venny Diana, S.Kep.,Ns.M.Kep
NIK: 1141 11 159

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

KAMPUS : JL. PATANGPULUHAN, SONOSEWU, NGESTIHARJO
KASIHAN, BANTUL, YOGYAKARTA TELP./FAX.(0274) 450691
SK BAH-PT : NOMOR.293/SK/BAN-PT/Akred/PT/IV/2015
SK LAM-PTKes : NOMOR.0032/LAM-PTKes/Akr/Dip/II/2017

/16/AKPER YKY/II/2019

Permohonan Studi Pendahuluan Tugas Akhir

Ruang ...
...djito

YOGYAKARTA

dengan penyelenggaraan Program Tugas Akhir bagi mahasiswa Tingkat III Akademi "YKY" Yogyakarta Tahun Akademik 2018/2019, dengan ini kami memohon ijin menandakan mengambil data pasien dan jumlah kasus sebagai Studi Pendahuluan Tugas Akhir sesuai dengan ruangan yang telah ditentukan sebagai berikut :

Tanggal	Ruangan	Peminatan	Jumlah Mahasiswa
Senin, 11 Feb 2019	Cendana 1	Kep. Medikal Bedah	3
	Cendana 2	Kep. Medikal Bedah	3
	Cendana 4	Kep. Anak	2
	Melati 4	Kep. Anak	2
	Bougenvile 1	Kep. Maternitas	2
	Bougenvile 2	Kep. Maternitas	2
Selasa, 12 Februari 2019	Dahlia 1	Kep. Medikal Bedah	2
	Dahlia 2	Kep. Medikal Bedah	3
	Cendana 4	Kep. Anak	2
	Melati 4	Kep. Anak	2
	Bougenvile 1	Kep. Maternitas	3
	Bougenvile 2	Kep. Maternitas	2
Rabu, 13 Februari 2019	Cendana 1	Kep. Medikal Bedah	3
	Cendana 2	Kep. Medikal Bedah	3
	Cendana 4	Kep. Anak	2
	Melati 4	Kep. Anak	2
	Bougenvile 1	Kep. Maternitas	2
	Bougenvile 2	Kep. Maternitas	2

Permohonan kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Yogyakarta, 7 Februari 2019
Direktur

Tri Ariandono, Ns.M.Kepd
1141 03 052

