

BAB II

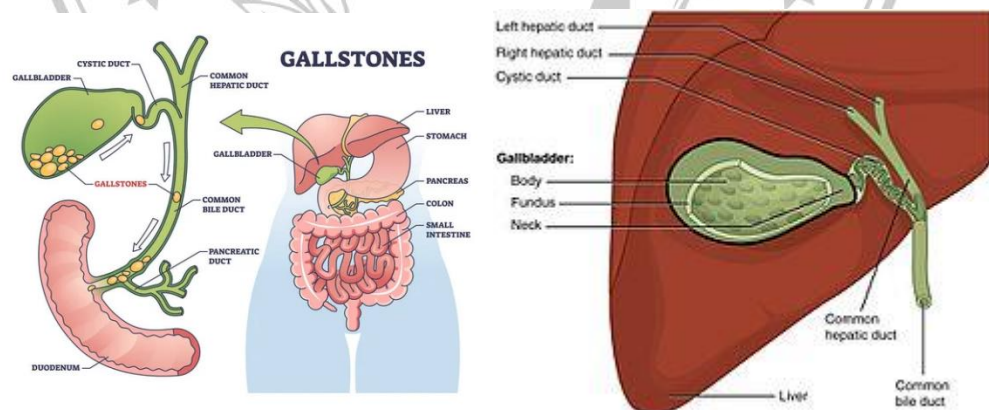
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Cholangiocarcinoma

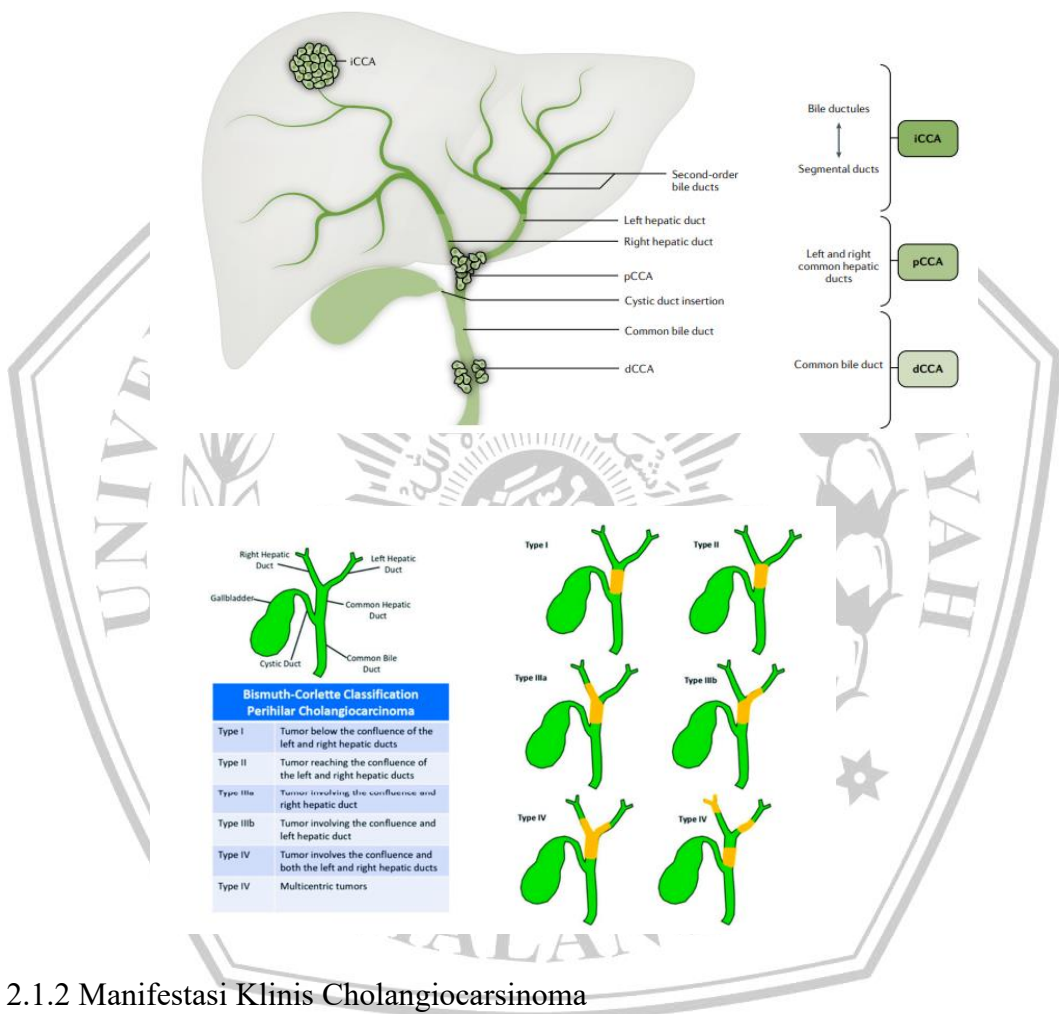
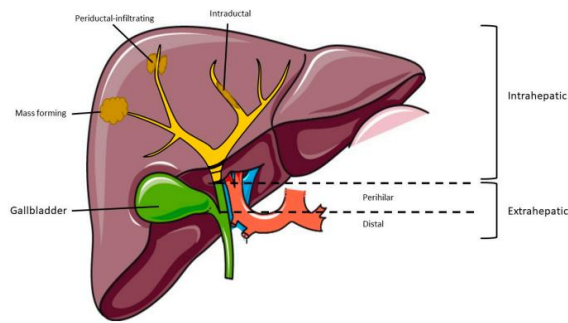
2.1.1 Pengertian Cholangiocarcinoma

Kanker saluran empedu atau cholangiocarcinoma adalah penyakit kanker yang terjadi di saluran empedu (bile duct). Kanker saluran empedu terdiri dari tumor yang muncul dari sel epitel yang melapisi saluran empedu, yang terdiri dari saluran empedu intrahepatik, saluran empedu ekstrahepatik, kantung empedu, dan ampulla Vater (Kodali et al., 2021). Kanker saluran empedu ini akan menimbulkan gejala penyakit kuning. Cholangiocarcinoma merupakan penyakit yang jarang terjadi dan biasanya dialami oleh orang usia 50 tahun ke atas. Penyebabnya belum diketahui, tetapi kondisi ini diketahui lebih berisiko terjadi pada penderita kelainan saluran empedu dan penderita penyakit liver (Padmanaban et al., 2024).

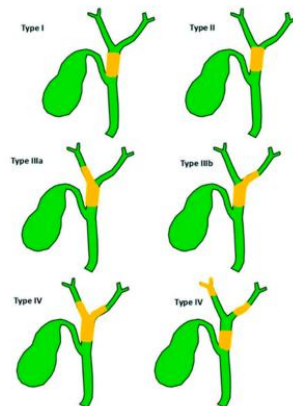
Kolangiokarsinoma adalah suatu keganasan dari sistem duktus biliaris yang berasal dari hati dan berakhir pada ampullavateri. Keganasan ini dapat terjadi sepanjang sistem saluran biliaris, baik intrahepatik maupun ekstrahepatik. Percabangan saluran empedu adalah tempat yang paling sering terkena, 60-80% dari kolangiokarsinoma terjadi di daerah percabangan saluran empedu. Semua kolangiokarsinoma pertumbuhannya lambat, infiltratif lokal, dan metastasenya lambat (Brindley et al., 2021).



Gambar 2 1 Anatomi Fisiologis



Bismuth-Corlette Classification Perihilar Cholangiocarcinoma	
Type I	Tumor below the confluence of the left and right hepatic ducts
Type II	Tumor reaching the confluence of the left and right hepatic ducts
Type IIIa	Tumor involving the confluence and right hepatic duct
Type IIIb	Tumor involving the confluence and left hepatic duct
Type IV	Tumor involves the confluence and both the left and right hepatic ducts
Type IV	Multicentric tumors



2.1.2 Manifestasi Klinis Cholangiocarcinoma

Beberapa tanda dan gejala yang dirasakan oleh pasien dengan cholangiocarcinoma menurut (Bernatz et al., 2024) dan (Wang et al., 2022) :

- 1) Gejala penyakit kuning, seperti kulit dan mata berubah warna menjadi kekuningan
- 2) Mual
- 3) Muntah

- 4) gatal-gatal
- 5) urine berwarna gelap
- 6) tinja berwarna pucat
- 7) Sakit perut yang dapat menyebar ke punggung
- 8) Demam
- 9) Lemas
- 10) Berat badan menurun

2.1.3 Penatalaksanaan Cholangiocarcinoma

a. Penatalaksanaan Medis

Pilihan pengobatan untuk iCCA diantaranya pembedahan, terapi locoregional (transkateter, terapi ablasi, dan terapi radiasi), kemoterapi dan transplantasi hati (Kodali et al., 2021).

- 1) Laparoscopi : Laparoscopi adalah metode operasi yang dilakukan dengan menggunakan alat laparoskop, untuk mengangkat jaringan kanker sebanyak mungkin.
- 2) Drainase bilier : Metode ini dilakukan dengan operasi bypass untuk mengembalikan penyaluran cairan dari saluran empedu yang terganggu karena kanker.
- 3) Pemasangan cincin (stent) : Operasi ini bertujuan untuk menjaga aliran empedu dengan melebarkan saluran empedu yang menyempit akibat kanker.
- 4) Transplantasi hati : Transplantasi hati dilakukan dengan mengambil organ hati pasien dan menggantinya dengan hati dari pendonor. Tindakan ini dilakukan pada cholangiocarcinoma yang terletak di dalam hati.
- 5) Radioterapi : Untuk membantu membunuh sel-sel kanker yang tidak terangkat melalui operasi, pasien dapat menjalani radioterapi. Radioterapi dilakukan dengan teknologi sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel kanker.
- 6) Kemoterapi : Kemoterapi juga dapat dilakukan untuk membunuh sel-sel kanker melalui obat-obatan, seperti cisplatin, fluorouracil, gemcitabine,

atau oxaliplatin. Radioterapi dan kemoterapi dapat dikombinasikan untuk meningkatkan efektivitas pengobatan kanker, terutama jika kanker sudah menyebar (Brindley et al., 2021).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Tenaga kesehatan yang menangani pasien kanker saluran empedu harus mengingat bahwa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi fisik dan medis pasien sangatlah penting. Pasien dan keluarga harus diberikan informasi mengenai diagnosis, perkembangan penyakit, prognosis, status pasien, baik sebelum maupun sesudah operasi. Komplikasi pembedahan juga harus dijelaskan. Jika tumor sudah cukup lanjut sehingga tidak dapat diangkat atau pasien tidak memenuhi syarat untuk operasi, maka tenaga kesehatan harus memberikan informasi rinci tentang penyakit, prognosinya, dampaknya terhadap kesehatan mental dan fisik pasien, informasi tentang perawatan selain operasi, komplikasinya, dan cara menangani komplikasi tersebut. Pendekatan komprehensif yang mencakup kesehatan emosional, sosial, fisik, dan mental pasien harus dilakukan (Kodali et al., 2021).

- 1) Meninjau strategi manajemen nyeri dan pengendalian gejala secara teratur
- 2) Memantau hasil lab dan gejala fisik untuk menginformasikan penyesuaian perawatan yang berkelanjutan.
- 3) Mengedukasi pasien dan keluarganya tentang manajemen penyakit, pilihan pengobatan, dan strategi perawatan diri.
- 4) Mendemonstrasikan strategi emosional pasien
- 5) Berkolaborasi dengan tim interdisipliner termasuk ahli onkologi, ahli diet, professional pemberi asuhan lainnya.

2.2 Konsep Mual dan Muntah

2.2.1 Pengertian Mual dan Muntah

Nausea merupakan perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah (SDKI, 2018). Mual diartikan sebagai keinginan seseorang untuk muntah atau gejala yang dirasakan

ditenggorokan dan dorongan di daerah sekitar lambung, yang menandakan kepada seseorang bahwa ia akan segera muntah. Muntah diartikan sebagai pengeluaran isi lambung melalui mulut, yang membutuhkan dorongan yang sangat kuat dari dalam (Falah & Permana, 2022).

2.2.2 Penyebab Mual dan Muntah pada Pasien Cholangiocarcinoma

Pasien kanker saluran empedu mengalami gangguan dalam pencernaannya dimana terjadi obstruksi pada saluran empedu yang mengganggu aliran normal empedu ke dari hati ke usus. Obstruksi ini juga dapat menyebabkan kolestasis (penumpukan empedu di hati) dan kadar bilirubin yang tinggi dalam darah sehingga dapat mempengaruhi sistem pencernaan dan menyebabkan rasa mual hingga muntah. Selain itu, Penumpukan bilirubin dalam darah (hiperbilirubinemia) dapat memengaruhi pusat muntah di otak (Choi & Thung, 2024). Beberapa pengobatan kanker saluran empedu, seperti kemoterapi atau radiasi juga dapat mempengaruhi efek samping pada gastrointestinal, termasuk mual dan muntah. Kemoterapi dan radiasi bekerja dengan cara menghambat pembelahan sel dan merusak sel-sel sehat pada saluran pencernaan, yang mengarah pada gangguan pencernaan (Lorusso et al., 2020).

2.2.3 Intervensi Pemberian Aromatherapy Peppermint

Manfaat : Aromaterapi merupakan penggunaan minyak essential yang dihasilkan dari bagian tanaman yang berbau harum untuk mengobati atau meringankan gejala fisik dan emosional. Aromatherapy peppermint merupakan salah satu bahan yang sering digunakan dari zaman Yunani Kuno yang berkhasiat sebagai obat untuk mengobati penyakit kandung empedu, serta ketidaknyamanan pencernaan dan pernapasan (Lestari et al., 2024). Aromaterapi diberikan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan tubuh, pikiran, dan jiwa. Minyak essential peppermint diketahui efektif untuk mengatasi mual.

Kandungan peppermint : Senyawa aktif yang terdapat pada peppermint yaitu mentol dipercaya dapat merangsang sistem pencernaan dan memberikan efek menenangkan pada lambung. Saat dihirup, aroma peppermint bekerja pada sistem penciuman dan mengirimkan sinyal ke otak yang membantu mengendurkan otot pencernaan dan mengurangi sensasi mual. Sifat peppermint yang mendinginkan

dan menenangkan juga dapat mengurangi keparahan kejadian muntah, memberikan kenyamanan dan membantu mencegah tubuh mengalami tekanan (Efe Ertürk & Taşcı, 2021).

Aromatherapy yang digunakan pada penelitian ini dimodifikasi dari penelitian yang dilakukan oleh (Efe Ertürk & Taşcı, 2021) yang berjudul “The Effects of Peppermint Oil on Nausea, Vomiting and Retching in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: An Open Label Quasi–Randomized Controlled”.

Kandungan aromatherapy yg digunakan pada jurnal tersebut :

Campuran aromatik tingkat 3% dan menggunakan minyak almond manis sebagai minyak dasar. Minyak aromatik didapat dari minyak esensial yang diproduksi oleh Nu-Ka Defne Esencia Company di Alanya/Turki. Campuran aromatik (30 mL) yang disimpan dalam botol kaca berwarna gelap

Cara penggunaan :

1. Peneliti mencuci tangan dan mengeringkan tangan, dan meminta pasien untuk mencuci tangan dengan handrub.
2. Mengoleskan satu tetes campuran aromatik pada titik antara bibir atas dan hidung (difiltrum)
3. Pasien diminta untuk mengambil napas dalam setelah mengoleskan campuran aromatik.
4. Tutup botol aromatherapy
5. Pasien diminta untuk mengoleskan campuran ini tiga kali sehari selama lima hari pagi (9:00 pagi), sore (3:00 sore) dan malam (9:00 malam).
6. Peserta diukur skala INVR (Index of Nausea, Vomitting and Retching) setiap akhir sesi setiap 12 jam.

Modifikasi Pemberian aromatherapy pada penelitian ini dilakukan dengan memilih aromatherapy siap pakai dalam bentuk roll on merk Herborist yang diproduksi oleh PT. Merpati Mahardika. Peneliti memilih aromatherapy peppermint roll on karena lebih efisien dan mudah didapatkan sehingga dapat diterapkan selanjutnya oleh keluarga di rumah. Peneliti memodifikasi pemberian tidak secara langsung ke kulit melainkan dengan dioleskan pada tissue kemudian mendekatkan

tissue kearah hidung lalu dihirup. Saat menghirup sambil melakukan relaksasi napas dalam dengan menarik napas melalui hidung tahan dengan hitungan 1,2,3 lalu hembuskan melalui mulut. Dilakukan selama 5-10 menit. Dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari pada jam 9 pagi, 3 sore dan 9 malam. Setelahnya dilakukan pengukuran Tingkat mual dan muntah dengan skala INVR (Index of Nausea, Vomitting and Retching) setiap 12 jam.



Gambar 2 2 Produk Aromatherapy Peppermint

Golongan: Obat Bebas.

Kelas Terapi: Minyak Aromatherapy.

Kandungan: Propylene Glycol 60,5% , Menthol Crystal 36%, Peppermint (1,5%),
Fiav peppermint (2%)

Kemasan: Botol kaca Roll On @ 10 ml.

Farmasi: PT. Merpati Mahardika.

2.2 Konsep Teori Model Keperawatan Virginia Henderson

2.2.1 Biografi Virginia Henderson

Virginia Avenel Henderson dikenal sebagai perawat, ahli teori dan penulis yang biasa dikenal dengan “Teori kebutuhan” dan mendefinisikan fungsi unik perawat adalah membantu individu sakit, atau sehat dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang berkontribusi pada kesehatan atau pemulihan (kematian yang damai).

Virginia Henderson lahir di Kansas City, Missouri pada 19 November 1897 merupakan anak kelima dari 8 bersaudara dari pasangan Lucy Minor Abbot dan Daniel B. Handerson. Namanya terinspirasi dari negara yang dirindukan oleh ibunya (Kirana et al., 2023).

Virginia Henderson menerima pendidikan pertamanya di Virginia bersama bibi dan pamannya Charles Abbot di sekolah khusus untuk anak laki-laki yaitu Community School of Nursing di rumah sakit Walter Reed di Washington DC dan mendapatkan gelar diploma keperawatan pada tahun 1921. Selanjutnya, Ia melanjutkan studinya di Teacher College di Columbia University untuk meraih gelar sarjana pada tahun 1932 dan menyelesaikan gelar masternya pada tahun 1934. Pada tahun 1939, Henderson telah menulis tiga buku dengan judul “Principles and Practice of Nursing”, “Basic Falsafah” dan “Teori Keperawatan 62 Principles of Nursing”. Pada 19 Maret 1996, Henderson meninggal di sebuah Hospice di Branford, Connecticut pada usia 96 tahun. Jenazahnya dimakamkan di tanah keluarganya pada halaman gereja St. Stephen’s Church, Forest, Bedford Country, Virginia (Kirana et al., 2023).

2.2.2 Konsep Teori Virginia Henderson

Virginia Henderson dengan teori kebutuhan yang sering dikemukakannya berfokus pada peningkatan kemandirian pasien dan kebutuhan dasar manusia dengan harapan adanya kemajuan kondisi dan kemandirian pasien setelah menjalani rawat inap. Virginia mengemukakan bahwa fungsi unik perawat adalah untuk membantu individu baik dalam keadaan sehat atau sakit dalam mengupayakan melakukan kegiatan yang berkontribusi terhadap kesehatan atau pemulihannya dan mencapai kematian dengan damai. Hal tersebut dapat dilakukan secara mandiri oleh individu saat ia memiliki kekuatan, kemampuan, kemauan dan pengetahuan (Fatmawati & Arimbi, 2024). Virginia mengemukakan 4 hal yaitu perawat merawat pasien sampai mencapai kemandiriannya, pasien berkeinginan untuk sehat, perawat bersedia mengabdikan dirinya untuk pasien, dan meyakini bahwa pikiran dan tubuh tidak dapat dipisahkan dan saling terkait (Kirana et al., 2023).

2.2.3 Paradigma Keperawatan Menurut Virginia Henderson

1. Individu

Henderson melihat manusia atau individu yang mengalami perkembangan rentang kehidupan dalam meraih kesehatan, kebebasan dan kematian yang damai membutuhkan orang lain. Menurutnya, pikiran dan tubuh manusia adalah satu komponen yang tidak dapat dipisahkan (Kirana et al., 2023). Virginia membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 14 komponen. Kebutuhan dasar manusia diklasifikasikan menjadi 4 kategori yaitu komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual.

2. Sehat dan Sakit

Untuk mencapai kesehatan manusia perlu memiliki kesadaran dan pengetahuan dalam meningkatkan kualitas hidup lebih baik yang menjadi dasar manusia dapat bermanfaat bagi manusia lain. Untuk mencapai kesehatan yang optimal maka diperlukan kemandirian dan saling ketergantungan dengan manusia lain (Kirana et al., 2023).

3. Lingkungan

Virginia mengemukakan bahwa lingkungan merupakan salah satu hal yang diperhatikan karena lingkungan merupakan cerminan pola kehidupan manusia dan sangat berpengaruh terhadap kesehatan seseorang (Kirana et al., 2023). Hal-hal yang harus diperhatikan dalam lingkungan yaitu :

1. Manusia harus mampu menjaga lingkungan sekitarnya agar tetap dalam kondisi sehat
2. Perawat dituntut mampu menjaga pasien dari cedera
3. Perawat dituntut memiliki pengetahuan tentang kesehatan, kebersihan dan keamanan lingkungan
4. Perawat harus mampu membuat observasi secara menyeluruh terhadap seorang pasien dengan tepat agar hasilnya dapat membantu dokter dalam memberikan resep

5. Dalam menjalankan tugasnya perawat harus memiliki ketelitian agar dapat meminimalkan terjadinya kecelakaan atau luka yang disebabkan karena konstruksi bangunan dan prasarana.
6. Perawat harus memiliki pengetahuan tentang kebiasaan sosial dan keagamaan disekitar agar dapat memperkirakan adanya ancaman

4. Keperawatan

Virginia Henderson menulis definisi keperawatan dalam menjalankan fungsinya didasari oleh 14 kebutuhan dasar manusia. Perawat membantu individu yang sakit maupun sehat untuk mencapai pemulihan dan kemandirian (Kirana et al., 2023). Virginia Henderson memandang manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan, atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Virginia gambaran tugas perawat yaitu mengkaji individu baik yang sakit ataupun sehat dengan memberikan dukungan kepada kesehatan, penyembuhan serta berusaha mencapai akhir hidup dengan damai.

Henderson memberi tugas keperawatan menjadi empat belas jenis tugas untuk memenuhi kebutuhan manusia. Pembagian asuhan keperawatan menjadi empat belas kebutuhan manusia ini menjadi pilar dari model keperawatannya. Ia menyatakan bahwa: Perawat harus selalu mengakui bahwa terdapat pola kebutuhan pasien yang harus dipenuhi dan perawat harus selalu mencoba menempatkan dirinya pada posisi pasien sebanyak mungkin. Teori Virginia Henderson menjelaskan bahwa tugas perawat adalah berusaha mengembalikan kemandirian individu dalam memenuhi 14 komponen kebutuhan dasar (Yulianti & Nursanti, 2024).

2.2.4 Komponen Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson

Menurut Virginia dalam (Kirana et al., 2023) terdapat 14 komponen kebutuhan dasar manusia diantaranya adalah :

- A. Biologis
 1. Bernafas dengan normal
 2. Makan dan minum cukup

3. Pembuangan eliminasi tubuh.
4. Bergerak dan mempertahankan posisi yang nyaman.
5. Tidur dan istirahat.
6. Memilih pakaian pantas, berpakaian dan menanggalkan pakaian.
7. Mempertahankan suhu tubuh dalam kondisi normal dengan memodifikasi Lingkungan.
8. Menjaga kebersihan tubuh dan memelihara kesehatan dan melindungi kulit
9. Menghindari bahaya dilingkungannya dan menghindari cedera yang lain.

B. Psikologis

10. Komunikasi dengan orang lain dalam pernyataan emosi, kebutuhan, ketakutan dan pendapat.
11. Belajar mengetahui atau memuaskan rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia

C. Sosial

12. Bekerja sedemikian rupa sehingga ada rasa pemenuhan akan kebutuhan.
13. Bermain dan terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi

D. Spiritual

14. Beribadah menurut kepercayaan individu

2.2.5 Hubungan Perawat dengan Pasien

Sebagai perawat dituntut mampu memberikan pelayanan kepada pasien dengan memiliki pendekatan agar mendukung dalam proses perawatan. Menurut Henderson, terdapat tiga tingkatan hubungan ketergantungan pasien dengan perawat dari yang sangat bergantung hingga mendapatkan kembali kemandirian pasien, diantaranya yaitu :

- a. Perawat sebagai pengganti (substitute) bagi pasien.
- b. Perawat sebagai penolong (helper) bagi pasien.
- c. Perawat sebagai mitra (partner) bagi pasien.

Disaat seorang pasien dalam keadaan sakit maka ia akan mengalami penurunan kekuatan fisik, kemampuan, atau kemauan pasien. Pada situasi inilah perawat berperan dalam memenuhi kekurangan pasien dan melengkapinya hingga masa gawatnya berlalu beralih kemasa pemulihan. Inilah yang disebut perawat sebagai pengganti (substitute), dan setelah melewati masa tersebut maka seorang pasien akan berangsur-angsur mendapatkan kemandiriannya kembali walaupun kemandirian sifatnya relatif karena manusia adalah makhluk sosial atau tidak bisa hidup tanpa orang lain dan kebutuhan tiap-tiap manusia berbeda. Disinilah peran perawat sebagai penolong (helper) dalam berusaha mewujudkan kesehatan pasien membantu pasien dalam mendapatkan kembali kemandiriannya. Sebagai mitra (partner) perawat dan pasien bersama-sama merencanakan perawatan kesehatan pasien. Pasien memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi hanya saja kebutuhan dasar yang dimaksud dipengaruhi oleh kondisi patologis dan faktor lainnya seperti lingkungan, usia, dan budaya (Kirana et al., 2023).

2.2.6 Kelebihan dan Kekurangan Teori Model Keperawatan Virginia Henderson

A. Kelebihan

- 1) Henderson adalah ahli teori keperawatan yang memberi pengaruh besar pada keperawatan sebagai profesi yang mendunia. Henderson adalah orang pertama yang mencari fungsi unik dari profesi perawat.
- 2) Teori Henderson didasari oleh keanekaragaman pengalaman yang ia miliki selama karir keperawatannya, bukan teori/model yang abstrak semata.
- 3) Henderson mendefinisikan profesi keperawatan: bahwa profesi keperawatan adalah profesi yang mandiri yang tidak hanya tergantung pada instruksi dokter.
- 4) Asumsi Henderson mempunyai validitas karena mempunyai keserasian dengan riset ilmiah dibidang yang lain seperti konsep Maslow.

B. Kelemahan

Kelemahan teori model keperawatan Virginia Henderson dalam (Kirana et al., 2023) disebutkan bahwa :

- 1) Pandangan dan pendapatnya hanya berfokus pada satu pihak yaitu pada penyembuhan fisik semata atau pada upaya memandirikan pasien.
- 2) Teori Henderson mengungkapkan segala komponen dasar manusia, hubungan antara pasien dan perawat, pendekatan dengan berbagai tahapan, bahkan pengaplikasian teori tersebut hanya berfokus pada terwujudnya kemandirian pasien

3) Model dan teori dasar keperawatan dalam teori Virginia Henderson hanya berfokus pada 14 komponen kebutuhan dasar manusia yang ia ungkapkan

2.2.7 Hubungan Gangguan Mual Muntah Pasien Cholangiocarcinoma dengan Teori Virginia Henderson

Pasien kanker saluran empedu akan mengalami gangguan dalam pencernaannya dimana terjadi obstruksi pada saluran empedu yang mengganggu aliran normal empedu ke dari hati ke usus. Obstruksi ini juga dapat menyebabkan kolestasis (penumpukan empedu di hati) dan kadar bilirubin yang tinggi dalam darah sehingga dapat mempengaruhi sistem pencernaan dan menyebabkan rasa mual hingga muntah. Selain itu, Penumpukan bilirubin dalam darah (hiperbilirubinemia) dapat memengaruhi pusat muntah di otak (Choi & Thung, 2024). Beberapa pengobatan kanker saluran empedu, seperti kemoterapi atau radiasi juga dapat mempengaruhi efek samping pada gastrointestinal, termasuk mual dan muntah. Kemoterapi dan radiasi bekerja dengan cara menghambat pembelahan sel dan merusak sel-sel sehat pada saluran pencernaan, yang mengarah pada gangguan pencernaan (Lorusso et al., 2020).

Pendekatan teori model keperawatan yang dapat digunakan dalam praktik keperawatan salah satunya adalah Virginia Henderson yaitu 14 pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang bertujuan memandirikan pasien dan mencapai kemajuan kondisi kesehatan pasien. Tugas perawat adalah berusaha mengembalikan kemandirian pasien dalam memenuhi 14 komponen kebutuhan dasar. Virginia membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 14 komponen. Kebutuhan dasar manusia diklasifikasikan menjadi 4 kategori yaitu komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual (Kirana et al., 2023).

Pada kasus ini masalah yang muncul dan dapat diangkat berdasarkan teori model Virginia Henderson yang mana masalah yang muncul pada pasien Cholangiocarcinoma yaitu mual muntah dalam teori Virginia kebutuhan makan dan minum cukup termasuk dalam kebutuhan dasar manusia yang kedua aspek biologis setelah bernafas normal. Pada komponen makan dan minum cukup Tn.S mengalami gangguan karena perasaan ingin muntah yang dirasakan sehingga mempengaruhi jumlah intake makanan ke tubuh sehingga digunakanlah teori Virginia Henderson

untuk mengurangi masalah atau hambatan dan mencapai kemajuan kondisi yang optimal pasien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Menurut Teori Model Keperawatan Virginia Henderson

2.3.1 Pengkajian

- a. Data inti atau data demografi : umur, pendidikan, jenis kelamin, agama, nilai-nilai keyakinan serta riwayat timbulnya penyakit.
- b. Perawat melakukan penilaian dengan berdasarkan 14 komponen kebutuhan dasar yang dapat dilakukan pendekatan yang meliputi psikologis, sosial dan spritual dengan demikian maka perawat dapat mengenali kebutuhan yang diperlukan pasien. Untuk mengkaji data dari ke-14 komponen ini, perawat membutuhkan pengetahuan dari apa yang normal dalam kesehatan, juga pengetahuan penyebab penyakit.

Menurut Virginia Henderson, 14 komponen yang diperlukan agar asuhan keperawatan efektif pada pasien adalah sebagai berikut :

- 1) Bernafas dengan normal
- 2) Makan dan minum cukup
- 3) Pembuangan eliminasi tubuh.
- 4) Bergerak dan mempertahankan posisi yang nyaman.
- 5) Tidur dan istirahat.
- 6) Memilih pakaian pantas, berpakaian dan menanggalkan pakaian.
- 7) Mempertahankan suhu tubuh dalam kondisi normal dengan memodifikasi Lingkungan.
- 8) Menjaga kebersihan tubuh dan memelihara kesehatan dan melindungi kulit
- 9) Menghindari bahaya dilingkungannya dan menghindari cedera yang lain.
- 10) Komunikasi dengan orang lain dalam pernyataan emosi, kebutuhan, ketakutan dan pendapat.
- 11) Belajar mengetahui atau memuaskan rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia
- 12) Bekerja sedemikian rupa sehingga ada rasa pemenuhan akan kebutuhan.

- 13) Bermain dan terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi
- 14) Beribadah menurut kepercayaan individu

c. Observasi

Perawat melihat dan menganalisis menggunakan indra yaitu indra penglihatan, pendengaran dan peraba untuk memperoleh data dan setelah itu membandingkan dengan pengetahuan dasar tentang kondisi sehat dan penyakit.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

Rencana asuhan keperawatan untuk pasien dengan kolangiokarsinoma berfokus pada penanganan berbagai aspek penyakit, termasuk manajemen tanda gejala, meredakan nyeri, dan dukungan psikososial (American Cancer Society, 2024) :

Diagnosa Keperawatan 1 : Nyeri Akut

Terkait dengan: Pertumbuhan tumor, obstruksi saluran empedu, intervensi bedah.

Sasaran: Pasien akan melaporkan penurunan nyeri hingga tingkat yang dapat ditoleransi, yang dibuktikan dengan skor nyeri 3 atau lebih rendah pada skala 0-10 dalam waktu 24 jam.

Intervensi:

- 1) Kaji intensitas, lokasi, dan karakteristik nyeri secara teratur menggunakan skala nyeri.
- 2) Berikan obat pereda nyeri yang diresepkan (opioid atau non-opioid) sesuai pesanan.
- 3) Pantau efek samping obat analgesik, termasuk sedasi dan konstipasi.
- 4) Posisikan pasien sedemikian rupa sehingga meminimalkan ketidaknyamanan (misalnya meninggikan kepala tempat tidur atau menggunakan bantal pendukung).
- 5) Ajarkan teknik relaksasi pasien (misalnya latihan pernapasan dalam).

Rasional: Penatalaksanaan nyeri sangat penting dalam mengurangi ketidaknyamanan pasien dan meningkatkan kualitas hidup. Penilaian rutin memastikan bahwa strategi manajemen nyeri efektif.

Diagnosa Keperawatan 2 : Gangguan Status Gizi : Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Terkait dengan: Malabsorpsi, penyakit kuning, mual, dan anoreksia akibat kolangiokarsinoma.

Sasaran: Pasien akan mempertahankan atau mencapai berat badan stabil dan memenuhi kebutuhan nutrisi yang dibuktikan dengan nilai laboratorium normal (misalnya albumin, prealbumin) dan nafsu makan meningkat.

Intervensi:

- 1) Pantau asupan makanan dan identifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nafsu makan (misalnya perubahan rasa, mual).
- 2) Berikan makanan dalam porsi kecil namun sering, tinggi protein dan kalori.
- 3) Berkolaborasi dengan ahli diet untuk mengembangkan rencana makan individual.
- 4) Berikan obat antiemetik sesuai resep untuk mengendalikan mual.
- 5) Pertimbangkan pemberian makanan enteral atau nutrisi parenteral jika asupan oral tidak mencukupi.

Rasional: Nutrisi yang tepat mendukung kemampuan pasien untuk mentoleransi pengobatan, pulih dari operasi, dan mempertahankan fungsi kekebalan tubuh.

Diagnosa Keperawatan 3 : Resiko Infeksi

Terkait dengan: Pembedahan, pemasangan stent bilier, immunosupresi akibat kemoterapi atau radiasi.

Tujuan: Pasien akan tetap terbebas dari tanda dan gejala infeksi selama dirawat di rumah sakit.

Intervensi:

- 1) Melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien.

- 2) Pertahankan teknik steril selama prosedur seperti perawatan luka atau pemasangan kateter.
- 3) Pantau tanda-tanda vital dan hasil laboratorium (misalnya jumlah sel darah putih) untuk mendeteksi tanda-tanda awal infeksi.
- 4) Anjurkan latihan pernafasan dalam dan batuk untuk mencegah infeksi pernafasan.
- 5) Edukasi pasien tentang tanda-tanda infeksi (misalnya demam, kemerahan, bengkak) dan kapan harus melaporkan gejala-gejala tersebut.

Rasional: Pencegahan infeksi sangat penting untuk menghindari komplikasi setelah pembedahan, kemoterapi, atau pemasangan stent.

Diagnosa Keperawatan 4 : Kecemasan

Terkait dengan: Diagnosis kanker, ketidakpastian prognosis, dan efek samping pengobatan.

Sasaran: Pasien akan mengungkapkan penurunan kecemasannya secara verbal, menunjukkan mekanisme penanggulangannya, dan memahami rencana perawatannya setelah pulang.

Intervensi:

- 1) Sediakan lingkungan yang tenang dan mendukung.
- 2) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan kekhawatirannya.
- 3) Memberikan informasi tentang penyakit, pilihan pengobatan, dan prognosis untuk mengurangi ketidakpastian.
- 4) Berkolaborasi dengan konselor atau pekerja sosial untuk mendapatkan dukungan psikologis.
- 5) Ajarkan teknik relaksasi (misalnya meditasi, imajinasi terbimbing).

Rasional: Mengurangi kecemasan dan memberikan dukungan emosional membantu pasien mengatasi diagnosis dan pengobatannya dengan lebih baik.

Diagnosa Keperawatan 5 : Risiko Gangguan Integritas Kulit

Terkait dengan: Penyakit kuning, drainase empedu, dan potensi perubahan kulit akibat kemoterapi.

Tujuan: Pasien akan mempertahankan keutuhan kulit dan menghindari kerusakan lebih lanjut, yang dibuktikan dengan tidak adanya luka tekan atau ruam kulit selama dirawat di rumah sakit.

Intervensi:

- 1) Kaji kulit secara teratur untuk melihat tanda-tanda kerusakan atau iritasi, terutama di area berisiko tinggi (misalnya sakrum, tumit).
- 2) Jaga kulit tetap bersih dan kering; oleskan pelembab untuk mencegah kekeringan dan iritasi.
- 3) Dorong pasien untuk sering mengubah posisi jika tidak dapat bergerak.
- 4) Berikan perawatan luka yang tepat untuk luka atau sayatan bedah yang ada.
- 5) Berkolaborasi dengan tim layanan kesehatan untuk pengelolaan penyakit kuning dan drainase bilier.

Rasional: Mempertahankan integritas kulit sangat penting untuk mencegah komplikasi seperti infeksi dan ketidaknyamanan, terutama pada pasien dengan penyakit kuning atau obstruksi saluran empedu.

Diagnosa Keperawatan 6 : Ketidakberdayaan

Terkait dengan: Penyakit kronis, perubahan status kesehatan, dan persepsi kurangnya kendali atas hasil pengobatan.

Sasaran: Pasien akan mengungkapkan secara verbal perasaan diberdayakan dan berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan mengenai pilihan perawatan dan pengobatan.

Intervensi:

- 1) Memberikan informasi tentang kondisi pasien dan pilihan pengobatan.
- 2) Dorong pasien untuk mengajukan pertanyaan dan mengungkapkan kekhawatirannya tentang perawatan mereka.
- 3) Libatkan pasien dalam perencanaan perawatan dan pengambilan keputusan untuk mengembalikan rasa kendali.
- 4) Berikan dukungan emosional untuk membantu pasien menyesuaikan diri dengan diagnosis.

- 5) Rujuk pasien ke kelompok dukungan bagi penderita kanker.

Rasional: Memberdayakan pasien dan melibatkan mereka dalam perawatan dapat meningkatkan harga diri dan mengurangi perasaan tidak berdaya.

Diagnosa yang mungkin muncul pada penderita penyakit Cholangiocarcinoma menurut (SDKI, 2018) berdasarkan Nursing care plan for Cholangiocarcinoma yaitu :

1. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi)
3. Distress spiritual berhubungan dengan penyakit kronis
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
5. Keletihan berhubungan dengan penyakit terminal

2.3.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan

1. Pada diagnosa nausea dengan gangguan biokimiawi dilakukan implementasi :
 - a. Mengidentifikasi pengalaman mual
 - b. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)
 - c. Mengidentifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur)
 - d. Memonitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)
 - e. Mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)
 - f. Mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan)
 - g. Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik
 - h. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup
 - i. Menganjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
 - j. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak

- k. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual dengan pemberian aromaterapi peppermint
 - l. Berkolaborasi dalam pemberian obat antiemetik, jika perlu
2. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi) dilakukan implementasi :
- a. Mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - b. Mengidentifikasi skala nyeri
 - c. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - d. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri slow deep breathing
 - e. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - f. Memfasilitasi istirahat dan tidur
 - g. Mengajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri relaksasi napas dalam
 - h. Berkolaborasi pemberian antianalgetik, jika perlu
3. Pada masalah Distress spiritual berhubungan dengan penyakit kronis dilakukan implementasi :
- a. Identifikasi perasaan khawatir, kesepian, dan ketidakberdayaan
 - b. Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan Kesehatan
 - c. Identifikasi harapan dan kekuatan pasien
 - d. Identifikasi ketaatan dalam beragama
 - e. Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian
 - f. Berikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat
 - g. Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan
 - h. Sediakan privasi dan waktu tentang untuk aktivitas spiritual

- i. Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup, jika perlu
- j. Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah
- k. Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan/atau orang lain
- l. Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung
- m. Ajarkan metode relaksasi, meditasi, dan imajinasi terbimbing
- n. Atur kunjungan dengan rohaniawan (mis: ustadz, pendeta, romo, biksu)

4. Pada diagnosa Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dilakukan implementasi :

- a. Mengidentifikasi status nutrisi
- b. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis antiemetik
- c. Memonitor asupan makanan
- d. Mememonitor berat badan
- e. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium
- f. Memeriksa makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- g. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- h. Berkolaborasi dalam pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu
- i. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis antiemetik yang dibutuhkan, jika perlu

2.3.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu :

1. Evaluasi pada diagnosa nausea dengan gangguan biokimiawi adalah tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :
 - Keluhan mual menurun
 - Perasaan ingin muntah menurun

2. Evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi) adalah Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun
- Sikap protektif menurun

3. Evaluasi pada diagnosa sistress spiritual berhubungan dengan penyakit kronis adalah status spiritual membaik dengan kriteria hasil :

- a. Verbalisasi makna dan tujuan hidup meningkat
- b. Verbalisasi kepuasan terhadap makna hidup meningkat
- c. Verbalisasi perasaan keberdayaan meningkat
- d. Perilaku marah pada Tuhan menurun
- e. Kemampuan beribadah membaik

4. Evaluasi pada diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan adalah status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- Berat badan membaik
- Indeks massa tubuh (IMT) membaik

