

CA RECTI

A. Pengertian

Karsinoma Recti merupakan salah satu dari keganasan pada kolon dan rektum yang khusus menyerang bagian Recti yang terjadi akibat gangguan proliferasi sel epitel yang tidak terkendali.

B. Insidens dan Faktor Risiko

Kanker yang ditemukan pada kolon dan rektum 16 % di antaranya menyerang Recti terutama terjadi di negara-negara maju dan lebih tinggi pada laki-laki daripada wanita. Beberapa faktor risiko telah diidentifikasi sebagai berikut:

1. Kebiasaan diet rendah serat.
2. Polyposis familial
3. Ulcerasi colitis
4. Deversi colitis

C. Etiologi

Penyebab pasti belum diketahui namun telah dikenali beberapa faktor predisposisi yang penting yang berhubungan dengan carsinoma recti.

1. Diet

Makanan yang banyak mengandung serat misalnya sayur-sayuran akan menyebabkan waktu transitbolus di intestin akan berkurang, sehingga kontak zat yang potensial karsinogen pada mukosa lebih singkat. Selain itu makan makanan yang berlemak dan protein hewani yang tinggi dapat memicu terjadinya Ca. Rekti

2. Kelainan di colon

- Adenoma di kolon, t.u bentuk villi dapat mengalami degenerasi maligna menjadi adenokarsinoma
- Familial poliposis merupakan kondisi premaligna dimana + 7 % poliposis akan mengalami degenerasi maligna
- Kolitis ulserativa, mempunyai resiko besar yang terjadi Ca. Rekti

3. Herediter

Hasil penelitian menunjukkan anak – anak yang berasal dari ortu yang menderita Ca.kolateral mempunyai frekuensi 3,5 x lebih besar daripada anak yang mempunyai ortu yang sehat

D. Patofisiologi

Penyebab kanker pada saluran cerna bagian bawah tidak diketahui secara pasti. Polip dan ulserasi colitis kronis dapat berubah menjadi ganas tetapi dianggap bukan sebagai penyebab langsung. Asam empedu dapat berperan sebagai karsinogen yang mungkin berada di kolon. Hipotesa penyebab yang lain adalah meningkatnya penggunaan lemak yang bisa menyebabkan kanker kolorektal.

Tumor-tumor pada Recti dan kolon ascendens merupakan lesi yang pada umumnya berkembang dari polip yang meluas ke lumen, kemudian menembus dinding kolon dan jaringan sekitarnya. Penyebaran tumor terjadi secara limfogenik, hematogenik atau anak sebar. Hati, peritonium dan organ lain mungkin dapat terkena.

Menurut P. Deyle perkembangan karsinoma kolorektal dibagi atas 3 fase. Fase pertama ialah fase karsinogen yang bersifat rangsangan, proses ini berjalan lama sampai puluhan tahun. Fase kedua adalah fase pertumbuhan tumor tetapi belum menimbulkan keluhan (asimtomatis) yang berlangsung bertahun-tahun juga. Kemudian fase ketiga dengan timbulnya keluhan dan gejala yang nyata. Karena keluhan dan gejala tersebut berlangsung perlahan-lahan dan tidak sering, penderita umumnya merasa terbiasa dan menganggap enteng saja sehingga penderita biasanya datang berobat dalam stadium lanjut.

Stadium kanker colorectal dibagi sebagai berikut:

1. Stadium 0: Kanker ditemukan hanya pada lapisan terdalam di kolon atau rektum. Carcinoma in situ adalah nama lain untuk kanker colorectal Stadium 0.
2. Stadium I: Tumor telah tumbuh ke dinding dalam kolon atau rektum. Tumor

belum tumbuh menembus dinding.

3. Stadium II: Tumor telah berkembang lebih dalam atau menembus dinding kolon atau rektum. Kanker ini mungkin telah menyerang jaringan di sekitarnya, tapi sel-sel kanker belum menyebar ke kelenjar getah bening,
4. Stadium III: Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di sekitarnya, tapi belum menyebar ke bagian tubuh yang lain.
5. Stadium IV: Kanker telah menyebar ke bagian tubuh yang lain, misalnya hati atau paru-paru.
6. Kambuh: Kanker ini merupakan kanker yang sudah diobati tapi kambuh kembali setelah periode tertentu, karena kanker itu tidak terdeteksi. Penyakit ini dapat kambuh kembali dalam kolon atau rektum, atau di bagian tubuh yang lain.

Menurut klasifikasi duke berdasarkan atas penyebaran sel karsinoma dibagi menjadi :

1. Kelas A : Tumor dibatasi mukosa dan submukosa.
 2. Kelas B : Penetrasi atau penyebaran melalui dinding usus.
 3. Kelas C : Invasi kedalam sistem limfe yang mengalir regional.
 4. Kelas D : Metastasis regional tahap lanjut dan penyebaran yang luas.
- (Brunner & Suddarth,buku ajar keperawatan medikal bedah,hal. 1126).

E. Gambaran Klinis

Semua karsinoma kolorektal dapat menyebabkan ulserasi, perdarahan, obstruksi bila membesar atau invasi menembus dinding usus dan kelenjar-kelenjar regional. Kadang-kadang bisa terjadi perforasi dan menimbulkan abses dalam peritoneum. Keluhan dan gejala sangat tergantung dari besarnya tumor.

Tumor pada Recti dan kolon ascendens dapat tumbuh sampai besar sebelum menimbulkan tanda-tanda obstruksi karena lumennya lebih besar daripada kolon descendens dan juga karena dindingnya lebih mudah melebar. Perdarahan biasanya sedikit atau tersamar. Bila karsinoma Recti menembus ke daerah ileum akan

terjadi obstruksi usus halus dengan pelebaran bagian proksimal dan timbul nausea atau vomitus. Harus dibedakan dengan karsinoma pada kolon desendens yang lebih cepat menimbulkan obstruksi sehingga terjadi obstipasi.

Manifestasi klinis :

1. Perdarahan sejak peranal : BAB berdarah segar
2. BAB berdarah lender : karena darah yang dikeluarkan oleh kanker tersebut telah bercampur dengan tinja
3. Obstruksi saluran pencernaan
 - Perut kembung makin lama makin tegang
 - Tidak dapat BAB dan tidak ada flatus
 - Ukuran feses kecil seperti feses kambing
 - Tenesmus rasa tidak puas setelah BAB
4. Lain-lain
 - Anoreksia
 - BA turun
 - Nyeri perut ditempat kanker
 - BAB tidak teratur
 - Tenesmus [≠] rasa tidak puas setelah BAB dan rasa yeri pada saat BAB

F. Prosedur Diagnostik

Untuk menegakkan diagnosa yang tepat diperlukan:

1. Anamnesis yang teliti, meliputi:
 - § Perubahan pola/kebiasaan defekasi baik berupa diare maupun konstipasi (change of bowel habit)
 - § Perdarahan per anum
 - § Penurunan berat badan
 - § Faktor predisposisi:
 - Riwayat kanker dalam keluarga
 - Riwayat polip usus

- Riwayat kolitis ulserosa
- Riwayat kanker pada organ lain (payudara/ovarium)
- Uretero-sigmoidostomi
- Kebiasaan makan (tinggi lemak rendah serat)

2. Pemeriksaan fisik dengan perhatian pada:

- § Status gizi
- § Anemia
- § Benjolan/massa di abdomen
- § Nyeri tekan
- § Pembesaran kelenjar limfe
- § Pembesaran hati/limpa
- § Colok rektum(rectal toucher)

3. Endoskopi

- Untuk mengetahui adanya tumor/kanker di kolon/rectum
- Untuk menentukan sumber pendapatan
- Untuk mengetahui letak obstruksi

4. Radiologi

- Foto dada : Untuk melihat ada tidaknya metastasis kanker paru

Untuk persiapan pembedahan

- Foto colon (Banum enema)
 - Dapat terlihat suatu filling defect pada suatu tempat/suatu striktura
 - Dapat menentukan lokasi tempat kelainan

5. USG

- Untuk mengetahui apakah ada metastasis kanker ke kelenjar getah bening di abdomen dan hati
- Gambaran metastasis kanker dihati akan tampak massa multi nodular dengan gema berdensitas tinggi homogen

6. Endosongrafi

Pada karsinoma akan tampak massa yang hypoechoic tidak teratur mengenai lapisan dinding kolon

7. Histopatologi

Gambaran histopatologi pada karsinoma recti C adenokarsinoma dan perlu ditentukan differensiasi sel

8. Laboratorium

- Hb : menurun pada perdarahan
- Tumor marker (LEA) > 5 mg/ml
- Pemeriksaan tinja secara bakteriologis ; terdapat sigela dan amoeba

G. Pengobatan

Pengobatan pada stadium dini memberikan hasil yang baik.

1. Pilihan utama adalah pembedahan
2. Radiasi pasca bedah diberikan jika:
 - a. sel karsinoma telah menembus tunika muskularis propria
 - b. ada metastasis ke kelenjar limfe regional
 - c. masih ada sisa-sisa sel karsinoma yang tertinggal tetapi belum ada metastasis jauh.

Radiasi pra bedah hanya diberikan pada karsinoma rektum).

3. Obat sitostatika diberikan bila:
 - a. Inoperable
 - b. operabel tetapi ada metastasis ke kelenjar limfe regional, telah menembus tunika muskularis propria atau telah dioperasi kemudian residif kembali.

Obat yang dianjurkan pada penderita yang operabel pasca bedah adalah:

- a. Fluoro-Uracil 13,5 mg/kg BB/hari intravena selama 5 hari berturut-turut. Pemberian berikutnya pada hari ke-36 (siklus sekali 5 minggu) dengan total 6 siklus.
- b. Futraful 3-4 kali 200 mg/hari per os selama 6 bulan

Terapi kombinasi (Vincristin + FU + Mthyl CCNU)

Pada penderita inoperabel pemberian sitostatika sama dengan kasus operabel

hanya lamanya pemberian tidak terbatas selama obat masih efektif. Selama pemberian, harus diawasi kadar Hb, leukosit dan trombosit darah. Pada stadium lanjut obat sitostatika tidak memberikan hasil yang memuaskan.

Perencanaan Keperawatan

1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Definisi : Intake nutrisi tidak cukup untuk keperluan metabolisme tubuh.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan 20 % atau lebih di bawah ideal - Dilaporkan adanya intake makanan yang kurang dari RDA (Recommended Daily Allowance) - Membran mukosa dan konjungtiva pucat - Kelemahan otot yang digunakan untuk menelan/mengunyah - Luka, inflamasi pada rongga mulut - Mudah merasa kenyang, sesaat setelah mengunyah makanan - Dilaporkan atau fakta adanya kekurangan makanan - Dilaporkan adanya perubahan sensasi rasa - Perasaan ketidakmampuan untuk mengunyah makanan 	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nutritional Status : food and Fluid Intake <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi ❖ Tidak ada tanda tanda malnutrisi ❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>NIC :</p> <p>Nutrition Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kaji adanya alergi makanan ▪ Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. ▪ Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe ▪ Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C ▪ Berikan substansi gula ▪ Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi ▪ Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) ▪ Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. ▪ Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori ▪ Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi ▪ Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan <p>Nutrition Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BB pasien dalam batas normal ▪ Monitor adanya penurunan berat badan ▪ Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan ▪ Monitor interaksi anak
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Miskonsepsi - Kehilangan BB dengan makanan cukup - Keengganan untuk makan - Kram pada abdomen - Tonus otot jelek - Nyeri abdominal dengan atau tanpa patologi - Kurang berminat terhadap makanan - Pembuluh darah kapiler mulai rapuh - Diare dan atau steatorrhea - Kehilangan rambut yang cukup banyak (rontok) - Suara usus hiperaktif - Kurangnya informasi, misinformasi <p>Faktor-faktor yang berhubungan : Ketidakmampuan pemasukan atau mencerna makanan atau mengabsorpsi zat-zat gizi berhubungan dengan faktor biologis, psikologis atau ekonomi.</p>		<p>atau orangtua selama makan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor lingkungan selama makan ▪ Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan ▪ Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi ▪ Monitor turgor kulit ▪ Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah ▪ Monitor mual dan muntah ▪ Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht ▪ Monitor makanan kesukaan ▪ Monitor pertumbuhan dan perkembangan ▪ Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva ▪ Monitor kalori dan intake nutrisi ▪ Catat adanya edema, hiperemik, hipertonik papila lidah dan cavitas oral. ▪ Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet
2	<p>Nyeri</p> <p>Definisi : Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Level, ❖ Pain control, ❖ Comfort level <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu 	<p>NIC :</p> <p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi

<p>kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan (Asosiasi Studi Nyeri Internasional): serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laporan secara verbal atau non verbal - Fakta dari observasi - Posisi analgesic untuk menghindari nyeri - Gerakan melindungi - Tingkah laku berhati-hati - Muka topeng - Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai) - Terfokus pada diri sendiri - Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) - Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain 	<p>menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang ❖ Tanda vital dalam rentang normal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan ▪ Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien ▪ Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri ▪ Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau ▪ Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau ▪ Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan ▪ Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan ▪ Kurangi faktor presipitasi nyeri ▪ Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) ▪ Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi ▪ Ajarkan tentang tehnik non farmakologi ▪ Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri ▪ Evaluasi keefektifan kontrol nyeri ▪ Tingkatkan istirahat
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil) - Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku) - Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah) - Perubahan dalam nafsu makan dan minum <p>Faktor yang berhubungan : Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil ▪ Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri <p>Analgesic Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat ▪ Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi ▪ Cek riwayat alergi ▪ Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu ▪ Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri ▪ Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal ▪ Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur ▪ Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali ▪ Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat ▪ Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3	Resiko infeksi	NOC :	NIC :
	<p>Definisi : Peningkatan resiko masuknya organisme patogen</p> <p>Faktor-faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosedur Infasif - Ketidacukupan pengetahuan untuk menghindari paparan patogen - Trauma - Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan - Ruptur membran amnion - Agen farmasi (imunopresan) - Malnutrisi - Peningkatan paparan lingkungan patogen - Imonusupresi - Ketidakadekuatan imun buatan - Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi) - Tidak adekuat pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, penurunan kerja silia, cairan tubuh statis, perubahan sekresi pH, perubahan 	<p>❖ Immune Status</p> <p>❖ Knowledge : Infection control</p> <p>❖ Risk control</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya, ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal • Monitor hitung granulosit, WBC • Monitor kerentanan terhadap infeksi • Batasi pengunjung • Saring pengunjung terhadap penyakit menular • Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko • Pertahankan teknik isolasi k/p • Berikan perawatan kuliati pada area epidema • Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase • Ispeksi kondisi luka / insisi bedah • Dorong masukkan nutrisi yang cukup • Dorong masukan cairan • Dorong istirahat • Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep • Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara menghindari infeksi • Laporkan kecurigaan infeksi • Laporkan kultur positif

	peristaltik) - Penyakit kronik		
4	<p>Defisit perawatan diri b/d kelemahan fisik</p> <p>Definisi : Gangguan kemampuan untuk melakukan ADL pada diri</p> <p>Batasan karakteristik : ketidakmampuan untuk mandi, ketidakmampuan untuk berpakaian, ketidakmampuan untuk makan, ketidakmampuan untuk toileting</p> <p>Faktor yang berhubungan : kelemahan, kerusakan kognitif atau perceptual, kerusakan neuromuskular/ otot-otot saraf</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Self care : Activity of Daily Living (ADLs) <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien terbebas dari bau badan ❖ Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs ❖ Dapat melakukan ADLS dengan bantuan 	<p>NIC :</p> <p>Self Care assistane : ADLs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. ▪ Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. ▪ Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. ▪ Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. ▪ Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya. ▪ Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. ▪ Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. ▪ Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito (2000), *Diagnosa Keperawatan-Aplikasi pada Praktik Klinis*, Ed.6, EGC, Jakarta
- Dochterman & Bulechek. 2004 (Ed). *Nursing Interventions Classification (NIC), Fourth Edition*. USA: Mosby Elsevier.
- Doenges et al (2000), *Rencana Asuhan Keperawatan*, Ed.3, EGC, Jakarta
- Herdman, T.H. 2012 (Ed). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Moorhead, et al. 2008 (Ed). *Nursing Outcomes Classification (NOC), Fourth Edition*. USA: Mosby Elsevier.
- Price & Wilson (1995), *Patofisiologi-Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Ed.4, EGC, Jakarta
- Smeltzer, Suzanne C. 2001. *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Soeparman & Waspadji (1990), *Ilmu Penyakit Dalam*, Jld.II, BP FKUI, Jakarta.