

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA Ny. W  
DENGAN CARCINOMA PARU**



**Oleh :  
AURA NAILUL MUNA  
NIM : 2317044**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"  
YOGYAKARTA  
2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA Ny. W  
DENGAN *CARSINOMA* PARU**

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan  
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

AURA NAILUL MUNA  
NIM : 2317044

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”  
YOGYAKARTA  
2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Aura Nailul Muna  
NIM : 2317044  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

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

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

Yogyakarta, Juni 2020

Pembuat Pernyataan



Aura Nailul Muna

NIM : 2317044

## HALAMAN PERSETUJUAN

### STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA Ny. W DENGAN *CARSINOMA* PARU

Oleh :

AURA NAILUL MUNA  
NIM : 2317044

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan  
disetujui pada tanggal  
27 Juni 2020

Pembimbing I



(Dwi Wulan M, S.Kep.,Ns.M.Kep)  
NIK. 1141 99 035

Pembimbing II



(Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep)  
NIK. 1141 11 160

## HALAMAN PENGESAHAN

### STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA Ny. W DENGAN *CARSINOMA* PARU

Oleh :  
AURA NAILUL MUNA  
NIM : 2317044

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Akper “YKY” Yogyakarta pada tanggal

01 Juli 2020

Dewan Penguji :

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

Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Nuryandari, SKM, M.Kes

Tanda tangan



Mengesahkan  
Direktur Akper “YKY” Yogyakarta



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

## **MOTTO**

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap”

(Q.S Al-Insyirah : 6-8)

“Ilmu menginginkan untuk diamankan. Apabila orang mengamalkannya, maka ilmu itu akan tetap ada. Namun sebaliknya, jika tidak diamankan, maka ilmu akan hilang dengan sendirinya”

(Sufyan Ats-Tsauri)

“ Niati, Jalani, Tekuni, dan Syukuri”

(Aura Nailul Muna)

## **HALAMAN PERSEMBAHAN**

Alhamdulillahirabbil'alamin saya panjatkan kepada Allah SWT atas segala Rahmad-Nya, sehingga Karya Tulis Imliah (KTI) ini dapat terselesaikan dan saya persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua saya, Ibu Ruwani dan Bapak Ahmad Basuni. Terimakasih atas keikhlasan dan ketulusan kasih sayang serta doa yang tiada henti. Terimakasih atas segala kerja keras, didikan, bimbingan sertadukungan yang selalu diberikan di setiap langkah saya.
2. Keluarga besar simbah Alm. Hadi Rubiyo dan simbah Harto Wiharjo. Terimakasih sudah selalu memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam segala hal.
3. Dosen pembimbing saya, Ibu Dwi Wulan Minarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Terimakasih atas semua kesabaran, bimbingan, dan bantuan yang selalu diberikan kepada saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Imliah (KTI) ini.
4. Sahabatku Laily Indira Putri, Rohana Muji Wahyuni, dan Dede Nur Asis. Terimakasih sudah menjadi tempat berbagi cerita, teman berjuang, teman berkeluh kesah, dan selalu memberikan motivasi, nasihat serta semangat kepada saya.
5. Teman-teman 3B. Terimakasih sudah menjadi keluarga kedua selama ini, segala canda tawa, semangat, bantuan, dan dukungan kalian yang membuat saya untuk terus semangat berjuang menyelesaikan studi ini.

6. Teman-teman Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta angkatan 23 yang sangat luar biasa telah berjuang bersama dan memberikan kenangan selama saya melaksanakan studi.
7. Seluruh dosen dan staff karyawan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Terimakasih telah memberikan arahan, bimbingan serta pelayanan terbaik selama pelaksanaan studi.
8. Almamaterku tercinta Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.



## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah yang dilimpahkan-Nya sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Ny. W Dengan *Carsinoma* Paru” dapat selesai tepat waktu.

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini, penulis menyadari sepenuhnya bahwa telah mendapatkan bimbingan serta bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini.
2. Ibu Dwi Wulan Minarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang telah memberikan bimbingan dan bantuan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini.
3. Nuryandari, SKM, M.Kes. Selaku penguji Karya Tulis Ilmiah (KTI) dari Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

4. Seluruh dosen dan staff karyawan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang turut mendukung dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini.
5. Orang tua penulis yang selalu memberikan doa serta dukungan baik moril maupun materil sehingga penulis dapat mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
6. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu. Terimakasih atas semua bantuan dan dukungannya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini masih kurang sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran penulis harapkan agar membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini menjadi lebih baik lagi. Semoga Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya.

Amin

Wassalamu’alaikum Wr.Wb

Yogyakarta, Juni 2020

Penulis  
Aura Nailul Muna

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam .....	ii
Halaman Pernyataan Keaslian.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Halaman Motto.....	vi
Halaman Persembahan .....	vii
Kata Pengantar .....	ix
Halaman Daftar Isi.....	xi
Halaman Daftar Tabel .....	xiii
Halaman Daftar Gambar .....	xiv
Halaman Daftar Lampiran.....	xv
Abstrak.....	xvi

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Studi Dokumentasi.....	6
D. Ruang Lingkup.....	7
E. Manfaat Studi Dokumentasi.....	7
1. Teoritis.....	7
2. Praktis .....	8

### BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori.....	9
1. Anatomi dan fisiologi Pernafasan Bawah.....	9
2. <i>Carsinoma</i> Paru (Kanker Paru) .....	12
3. Gambaran Asuhan Keperawatan.....	27
4. Nyeri.....	40
5. Dokumentasi Keperawatan.....	55
B. Kerangka Teori.....	66

### BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	67
B. Subyek Penelitian.....	67
C. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	67
D. Definisi Operasional.....	68
E. Instrumen Penelitian.....	68
F. Teknik Pengumpulan Data .....	69
G. Analisa Data .....	69
H. Etika Penelitian .....	70
I. Alur Penelitian .....	71

#### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil .....	72
B. Pembahasan .....	76
C. Keterbatasan Studi Dokumentasi .....	94

#### **BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan .....	
B. Saran .....	

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Stadium Kanker Paru.....	20
Tabel 2.2	Pengkajian Nyeri .....	32
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	68

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Saluran Pernafasan Bawah.....	9
Gambar 2.2	<i>Verbal Rating Scale</i> (VRS).....	49
Gambar 2.3	<i>Numeric Rating Scale</i> (NRS).....	49
Gambar 2.4	<i>Visual Analog Scale</i> (VAS).....	50
Gambar 2.5	<i>Face Rating Scale</i> (FRS).....	51
Gambar 2.6	Kerangka Teori.....	66
Gambar 3.1	Alur Penelitian .....	71

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Studi Kasus

Lampiran 2 Bukti Bimbingan 1

Lampiran 3 Bukti Bimbingan 2

Lampiran 4 Data Asuhan Keperawatan KTI mahasiswa

Aura Nailul Muna, (2020). Gambaran Nyeri Akut Pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru

Pembimbing : Dwi Wulan Minarsih, Yayang Harigustian

## ABSTRAK

*Carsinoma* Paru adalah keganasan yang berasal dari luar paru maupun yang berasal dari paru itu sendiri, dimana kelainan dapat disebabkan oleh kumpulan perubahan genetika pada sel epitel saluran nafas, yang dapat mengakibatkan proliferasi sel yang tidak dapat dikendalikan. *Carsinoma* Paru merupakan penyakit keganasan yang sering ditemui di seluruh dunia dan merupakan salah satu penyebab kematian akibat keganasan. Berdasarkan data WHO penderita *Carsinoma* Paru tahun 2012 di dunia sebanyak 1,6 juta kasus. Tujuan dari studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru menggunakan pendekatan studi dokumentasi proses keperawatan. Studi dokumentasi dilaksanakan mulai bulan Februari 2020-Juni 2020 di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dengan menggunakan tehnik pengumpulan data sekunder yaitu memanfaatkan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang sudah lulus tahun 2018. Berdasarkan data yang didapat dari pengkajian yang dilakukan pada Ny. W muncul masalah keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis yang kemudian disusunlah rencana keperawatan dengan NOC : *Pain Control* dan NIC : *Pain Management*. Dari pelaksanaan keperawatan telah dilakukan evaluasi dan hasilnya dapat disimpulkan bahwa nyeri akut yang dialami pasien belum teratasi. Dalam pendokumentasian proses keperawatan pada dasarnya sudah sesuai dengan teori namun ada yang belum lengkap yaitu komponen SMART dalam penyusunan kriteria hasil, komponen ONEC pada penyusunan rencana tindakan, dan belum terdapat dokumentasi peran keluarga.

**Kata kunci :** *Carsinoma* Paru; Kanker; Nyeri; Studi Dokumentasi; KTI Mahasiswa Akper “YKY”



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*Carsinoma* Paru adalah keganasan yang berasal dari luar paru maupun yang berasal dari paru itu sendiri, dimana kelainan dapat disebabkan oleh kumpulan perubahan genetika pada sel epitel saluran nafas, yang dapat mengakibatkan proliferasi sel yang tidak dapat dikendalikan (Purba & Wibisono, 2015). *Carsinoma* Paru dimulai oleh aktivitas onkogen dan inaktivasi gen supresor tumor. Onkogen merupakan gen yang membantu sel-sel tumbuh dan membelah serta diyakini sebagai penyebab seseorang terkena *Carsinoma* (Novitayanti, 2017 dalam Afifah et al, 2018). Proses *Carsinoma* Paru berasal dari saluran pernapasan itu sendiri dan dari jaringan ikat diluar saluran pernafasan. Dari saluran pernapasan, sel *Carsinoma* dapat berasal dari sel bronkus, alveolus, atau dari sel-sel yang memproduksi mucus yang mengalami degenerasi maligna. Karena pertumbuhan suatu proses keganasan selalu cepat dan bersifat infasif, proses *Carsinoma* tersebut selalu sudah mengenai saluran pernafasan, sel-sel penghasil mucus, maupun jaringan ikat (Danusantoso, 2012).

*Carsinoma* Paru merupakan penyakit keganasan yang sering ditemui di seluruh dunia dan merupakan penyebab utama kematian akibat keganasan. Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menyatakan kasus *Carsinoma* Paru merupakan *Carsinoma* terbanyak di dunia sekitar 1,6 juta kasus dengan angka kematian 1,38 juta setiap tahunnya dan setiap hari lebih

dari 3000 orang meninggal karena *Carsinoma* Paru (Ferraro, 2012 dalam Siregar et al, 2016). Berdasarkan *Data Global Burden of Cancer* (GLOBOCAN) dari *International Agency for Research on Cancer* (IARC) tahun 2012 diperkirakan 1,82 juta penduduk dunia menderita *Carsinoma* Paru dari seluruh dengan angka kematian 1,6 juta penduduk (Ferlay et al, 2012 dalam Husen et al, 2016).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 munculnya kanker (*Cancer Incidence*) pada laki-laki Indonesia untuk jenis kanker paru-paru mencapai 25.322 orang dengan profil mortalitas sebesar (21,8%) per 103.100 orang, dan pada wanita tiga kali lebih sedikit, sebesar 9.374 orang dengan profil mortalitas mencapai (9,1%) per 92.200 orang. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan (80-90%) kasus kanker paru-paru disebabkan karena merokok. Sehingga perokok aktif merupakan kelompok yang paling berisiko terkena kanker paru-paru. Asap rokok yang dihisap mengandung lebih dari 50 zat-zat pemicu kanker yang akan memberi dampak secara langsung terhadap jaringan paru-paru. Akumulasi dan paparan asap rokok berlangsung terus-menerus menyebabkan kerusakan pada jaringan paru-paru sehingga sel-sel dalam paru-paru bereaksi secara tidak normal hingga akhirnya muncul sel kanker (WHO, 2014 dalam Oktara, 2018).

Kejadian *Carsinoma* Paru di Indonesia berdasarkan laporan dari beberapa rumah sakit, yaitu data dari rumah sakit Kanker Dharmas Jakarta tahun 2013, didapat 173 kasus *Carsinoma* Paru (7,7% dari keseluruhan jenis kanker). Data di rumah sakit Dr. M.Djamil Padang periode tahun 2004-2013

didapat 275 kasus *Carsinoma* Paru yang sudah diketahui jenis selnya. *Carsinoma* Paru dapat menyerang laki-laki dan perempuan. Namun, prevalensi antara laki-laki yang terkena *Carsinoma* Paru lebih tinggi dibandingkan perempuan (Kemenkes RI, 2015). Data dari RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta total penderita *Carsinoma* Paru dari tahun 2008-2014 sejumlah 76 kasus dan menjadi urutan ke-6 dari 10 besar kasus kanker pada pria yang dirawat di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta (Jogja Cancer Registry, 2018).

Pasien *Carsinoma* Paru apabila tidak ditangani dengan segera akan muncul kegawatan yang dapat membahayakan pasien, diantaranya seperti *emfisema* karena adanya kelainan anatomis, timbulnya anoreksia, mual muntah dan dehidrasi akibat dari pengobatan kemoterapi. *Carsinoma* Paru juga dapat menimbulkan *efusi pleura* ganas, *sindrom vena cava superior*, *obstruksi bronkus*, *invasi dinding toraks*, *hemoptisis*, *metastasis*, dan *hiperkalsemia* (Behl et al, 2016).

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien *Carsinoma Paru* menurut Wijaya & Putri (2013) yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (invasi sel kanker), kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan hipoventilasi, ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan jumlah sekret/sekresi darah, ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap perubahan status kesehatan, dan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia/kerusakan menelan. Keluhan yang ditemukan pada pasien *Carsinoma* Paru dapat berupa batuk, nafas pendek, nyeri dada, batuk darah, mual, nyeri, dan kelelahan.

Nyeri merupakan keluhan utama yang sering dikeluhkan pasien *Carsinoma* Paru (Whysam et al, 2016 dalam Ananda et al, 2018).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri timbul sebagai bentuk respon sensori setelah menerima rangsangan nyeri. Nyeri dapat disebabkan karena adanya kerusakan jaringan dalam tubuh sebagai akibat dari adanya cedera, kecelakaan, maupun tindakan medis (Ratnasari, 2013 dalam Kurniyawan, 2016). Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) nyeri diartikan sebagai pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, aktual ataupun potensial, atau digambarkan sebagai kerusakan yang sama. Penanganan nyeri akut yang tidak baik, akan menyebabkan kegawatan menjadi nyeri kronik. Nyeri akut juga dapat mempengaruhi aspek psikologis dan aspek fisik dari penderita. Aspek psikologis meliputi kecemasan, takut, perubahan kepribadian, dan perilaku, serta gangguan tidur. Aspek fisik, nyeri dapat mempengaruhi peningkatan angka morbiditas dan angka mortalitas (Wardani, 2018).

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan memiliki peran sangat penting dalam memberikan asuhan kepada keperawatan pada *Carsinoma* Paru yang mengalami masalah keperawatan nyeri. Nyeri merupakan gejala yang paling sering terjadi di bidang medis, oleh karena itu peran perawat sangat diperlukan untuk membantu pasien dan keluarga dalam upaya mengatasi nyeri.

Perawat memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, peneliti, dan pendidik dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Carsinoma* Paru yang mengalami nyeri. Peran perawat sebagai pelaksana yaitu perawat berperan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien *Carsinoma* Paru. Dalam hal ini, perawat harus memahami makna nyeri secara holistik pada setiap individu sehingga dapat mengembangkan strategi penatalaksanaan nyeri selain pemberian analgetik yaitu dengan terapi non farmakologis. Peran perawat sebagai pendidik, yaitu berperan sebagai edukator yang memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga mengenai *Carsinoma* Paru dan perawatan klien selama dirawat di rumah sakit dan saat pasien akan pulang ke rumah, serta bagaimana menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat agar mencegah timbulnya penyakit, sehingga diharapkan terjadi perubahan perilaku dari klien dan keluarga setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Perawat sebagai pengelola, mempunyai tanggungjawab dalam mengelola pemberian asuhan keperawatan pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien *Carsinoma* Paru dengan masalah nyeri yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Perawat melakukan pemantauan dan menjamin kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien selama 3x24 jam secara berkesinambungan. Selain itu, perawat juga berperan sebagai peneliti. Dalam hal ini perawat meneliti dan melakukan pengembangan di bidang keperawatan, khususnya pada penyakit *Carsinoma* Paru yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut. Perawat

diharapkan mampu mengidentifikasi masalah penelitian dan dapat memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan atau pelayanan yang diberikan kepada klien dengan *Carsinoma* Paru yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut. Penelitian di bidang keperawatan berperan dalam mengurangi kesenjangan penguasaan teknologi di bidang keperawatan, karena temuan penelitian lebih memungkinkan terjadinya peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi, selain itu penting dalam memperkuat upaya menetapkan dan memajukan profesi keperawatan.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana studi dokumentasi nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru?

## **C. Tujuan Studi Dokumentasi**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui studi dokumentasi gambaran nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru

### **2. Tujuan Khusus**

Diketahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian keperawatan nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru

- c. Hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan keperawatan nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan keperawatan nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi keperawatan nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru
- f. Hasil studi dokumentasi mengenai dokumentasi keperawatan nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru

#### **D. Ruang Lingkup**

Studi dokumentasi ini termasuk dalam lingkup Keperawatan Medikal Bedah. Materi yang dibahas adalah gambaran nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru. Studi dokumentasi ini dilakukan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dengan menggunakan data dari Asuhan Keperawatan pada Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa yang telah lulus tahun 2018 yang ada di Perpustakaan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

#### **E. Manfaat**

Studi dokumentasi ini diharapkan memberikan manfaat :

##### **1. Teoritis**

Studi dokumentasi ini dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya dalam mengembangkan ilmu di bidang keperawatan tentang nyeri akut pada pasien *Carsinoma* Paru.

## 2. Praktis

- a) Studi dokumentasi ini dapat sebagai masukan bagi Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta baik untuk dosen maupun mahasiswa agar dapat meningkatkan kualitas dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI)
- b) Studi dokumentasi ini dapat memberikan pengalaman nyata bagi penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) khususnya tentang studi dokumentasi nyeri akut pada pasien dengan *Carsinoma* Paru

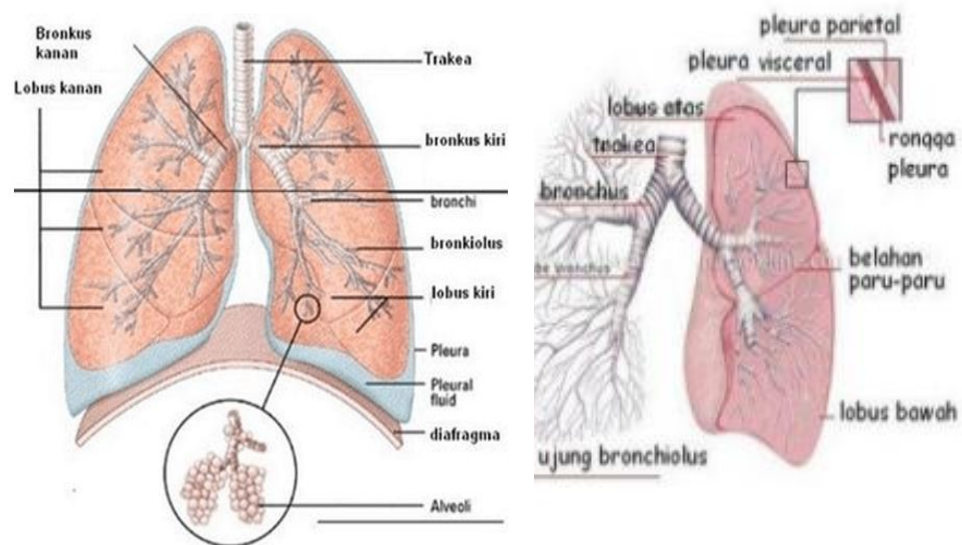


## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Teori

##### 1. Anatomi Saluran Pernafasan Bawah



Gambar 2.1 Anatomi saluran pernafasan bawah

Menurut Black & Hawks (2014), anatomi pernafasan bawah manusia yaitu :

##### a. Trakea

Trakea memanjang dari laring bercabang menjadi bronkus primer (utama). Tempat percabangan ini disebut sebagai *karina*. Trakea dilapisi epitel kolumnar berlapis semu yang mengandung sel goblet (Sel yang menghasilkan mukus) dan silia yang akan bergetar ke atas

untuk mengeluarkan partikel asing dan mukus yang berlebihan menjauh dari paru-paru menuju faring.

b. Paru-paru

Paru-paru merupakan alat pernafasan utama. Paru-paru merupakan organ yang elastis, berbentuk kerucut, dan letaknya di dalam rongga dada. Karena paru-paru saling terpisah oleh mediastinum (rongga dada) yang di dalamnya terdapat jantung dan beberapa pembuluh darah besar. Setiap paru-paru memiliki apeks (puncak paru-paru) dan basis. Paru-paru ada dua, yaitu paru-paru kanan dan paru-paru kiri. Paru-paru kanan dibagi menjadi tiga lobus yaitu lobus superior (lobus atas), lobus medial (lobus tengah), dan lobus inferior (lobus bawah) oleh fisura interlobaris, paru-paru kiri dibagi menjadi dua yaitu lobus superior dan lobus inferior. Setiap lobus memiliki bagian yang lebih kecil yang disebut segmen. Paru-paru kanan memiliki 10 segmen, yaitu 5 segmen pada lobus superior, 2 segmen pada lobus medial, dan 3 segmen pada lobus inferior. Paru-paru kiri juga memiliki 10 segmen, yaitu 5 segmen pada lobus superior dan 5 segmen pada lobus inferior. Setiap segmen terbagi menjadi belahan disebut lobulus. Setiap lobulus memiliki bronkiolus yang bercabang menjadi alveolus.

Paru-paru dilapisi suatu lapisan tipis membran serosa rangkap dua yang mengandung kolagen dan jaringan elastis yang disebut pleura. Pleura dibagi menjadi dua, yaitu pleura viseralis dan pleura parietalis. Pleura viseralis (pleura dalam) adalah membran serosa yang

membungkus paru dan fisura dari kedua lobus paru. Sedangkan pleura parietalis (pleura luar) adalah pleura yang melapisi dinding thorak, diafragma, dan mediastinum. Di antara pleura parietalis dan pleura viseralis terdapat rongga pleura yang hampa udara dan berisi cairan pleura yang memudahkan kedua permukaan tersebut bergerak dan mencegah gesekan antara paru-paru dan dinding dada yang pada saat bernapas bergerak (cairan surfaktan).

Antara paru-paru kanan dan kiri dihubungkan oleh bronkus. Bronkus kanan lebih pendek dan luas dibandingkan bronkus kiri, dengan demikian benda asing lebih mudah masuk ke bronkus kanan dibandingkan bronkus kiri. Bronkus terdiri dari jaringan tulang rawan, lapisan mukosa, dan otot polos (otot yang dapat bekerja dengan sendirinya). Bronkus memiliki percabangan yang disebut bronkiolus yang berfungsi sebagai jalan masuknya udara menuju alveolus. Bronkiolus terbagi menjadi bagian yang lebih kecil disebut terminal bronkiolus. Pada terminal bronkiolus terdapat duktus alveolus. Terminal bronkiolus merupakan tempat berakhirnya perjalanan udara yang kaya oksigen. Di dalam alveolus terjadi difusi antara oksigen dan CO<sub>2</sub>. Alveolus terdiri dari dua lapisan yaitu *pneumosit* tipe I, yang melapisi alveolus merupakan sel tipis dan berfungsi membantu proses pertukaran gas. *Pneumosit* tipe II, merupakan sel kuboid dan tidak dapat melakukan pertukaran oksigen dan CO<sub>2</sub> dengan baik. Sel ini menghasilkan surfaktan yang berfungsi untuk melapisi alveolus dan

mencegah alveolus mengalami kolaps (jatuh). Pada alveolus terdapat sel kekebalan yang disebut sel makrofag berfungsi untuk menghancurkan patogen (mikroorganisme parasit) dan partikel asing.

Diafragma adalah otot utama pernafasan dan berperan sebagai tepi bawah toraks. Diafragma berbentuk kubah pada posisi relaksasi, dengan otot utama melekat pada prosesus xifoideus sternum dan rusuk bagian bawah.

## **2. *Carsinoma* Paru (Kanker Paru)**

### **a. Definisi**

*Carsinoma* Paru atau disebut dengan karsinoma bronkogenik merupakan abnormalitas dari sel-sel yang mengalami proliferasi dalam paru (Wijaya & Putri, 2013). *Carsinoma* Paru merupakan tumor ganas paru primer yang berasal dari saluran napas atau epitel bronkus. Terjadinya kanker ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak normal, tidak terbatas, dan merusak sel-sel jaringan yang normal. Proses keganasan pada epitel bronkus didahului oleh massa pra kanker. Perubahan pertama yang terjadi pada masa pra kanker disebut metaplasia skuamosa yang ditandai dengan perubahan bentuk epitel dan menghilangnya silia. Kanker paru disebabkan oleh sejumlah karsinogen, lingkungan, terutama asap rokok (Suryo, 2010).

Menurut Black & Hawks (2014) terdapat tiga tipe kanker paru berdasarkan ukuran dan penampakan dari sel kanker :

1) Kanker paru bukan sel kecil (*Non-Small Cell Lung Cancer*)

Kanker paru bukan sel kecil atau bisa disebut *Non-Small Cell Lung Cancer* (NSCLC) meliputi :

a) Karsinoma Sel Skuamosa

Merupakan tipe histologik kanker paru yang paling sering ditemukan, berasal dari permukaan epitel bronkus. Karsinoma sel skuamosa biasanya terletak sentral di sekitar hilus dan menonjol ke dalam bronkus. Diameter tumor jarang melampaui beberapa sentimeter dan cenderung menyebar secara langsung ke kelenjar getah bening, dinding dada, dan mediastinum.

b) Adenokarsinoma

Jenis tumor ini timbul di bagian perifer segmen bronkus dan dikaitkan dengan jaringan parut lokal pada paru dan fibrosis interstisial kronik. Lesi seringkali meluas ke pembuluh darah dan limfe pada stadium dini dan sering bermetastasis jauh sebelum lesi primer menyebabkan gejala-gejala yang dirasakan pasien.

c) Karsinoma Sel Besar

Sel-sel ganas yang besar dan berdiferensiasi sangat buruk dengan sitoplasma besar dan ukuran inti bermacam-macam.

Sel-sel ini cenderung timbul pada jaringan paru perifer, tumbuh cepat dengan penyebaran ekstensif dan cepat ke tempat-tempat yang jauh.

## 2) Karsinoma Sel Kecil (*Smallcell Lungs Cancer*)

Karsinoma sel kecil atau *Smallcell Lungs Cancer* (SCLC) terletak di sekitar percabangan utama bronkus. Timbul dari sel-sel yang melapisi bronkus di pusat paru-paru. Awalnya karsinoma ini lebih sensitif terhadap kemoterapi, tetapi akhirnya akan memiliki prognosis yang lebih buruk dan sering kali sudah bermetastasis saat pertama ditemukan. Tipe kanker paru ini sangat berkaitan dengan kebiasaan merokok.

## 3) Kanker Paru Metastatik

Kanker paru metastatik adalah bentuk kanker paru lainnya. Tumor payudara, kolon, prostat, dan kandung kemih biasanya bermetastasis ke paru-paru, namun semua kanker memiliki kemampuan untuk menyebar ke paru-paru.

## **b. Etiologi**

Menurut Wijaya & Putri (2013) dan Black & Hawks (2014) etiologi dari kanker paru-paru yaitu :

- 1) Timbul secara langsung pada jaringan paru (kanker paru primer).
- 2) Metastasis dari proses keganasan pada organ lain (kanker paru sekunder)

Kanker paru bisa disebabkan karena adanya proses keganasan pada organ lain seperti kanker payudara, kanker serviks, kanker korpus uteri, kanker testis, kanker hati, kanker hati dan usus, kanker tulang, serta kanker tiroid.

3) Merokok/menghirup asap rokok

Merokok merupakan faktor risiko utama terjadinya kanker paru-paru. Orang yang merokok 10 kali lebih mungkin terserang kanker dibandingkan yang tidak merokok. Rokok mengandung lebih dari 4000 bahan kimia, diantaranya telah diidentifikasi dapat menyebabkan kanker paru. Kejadian kanker paru pada perokok dipengaruhi usia mulai merokok, jumlah rokok yang dihirup setiap hari, lamanya kebiasaan merokok, dan lamanya berhenti merokok. Semakin banyak orang yang merokok, semakin banyak orang yang menghirup asap rokok tersebut meskipun tidak merokok (perokok pasif) yang merupakan faktor risiko terjadinya kanker paru.

4) Jenis Kelamin

Laki - laki memiliki resiko lebih besar daripada perempuan, karena laki-laki memiliki kebiasaan merokok dengan jumlah lebih besar.

5) Usia

Usia mempengaruhi seseorang yang terkena penyakit kanker paru. Hal ini dikarenakan kanker paru jarang terjadi pada orang yang lebih muda dari 45 tahun.

6) Paparan industri/zat karsinogen

Beberapa zat karsinogen seperti asbestos, uranium, radon, arsen, nikel, polisiklik hidrokarbon dapat menyebabkan kanker paru. Risiko kanker paru di antara pekerja yang menangani asbes kira-kira 10 kali lipat lebih besar daripada masyarakat umum. Risiko kanker paru-paru baik akibat kontak dengan asbes maupun uranium meningkat jika orang tersebut juga merokok.

7) Genetik

Orang yang mengalami kanker paru juga memiliki predisposisi genetik dari kerabat/keluarga yang memiliki riwayat kanker paru dengan risiko dua hingga tiga kali lipat.

8) Polusi udara

Orang yang tinggal di perkotaan mempunyai angka kanker paru yang lebih tinggi daripada orang yang tinggal di pedesaan karena adanya karsinogen dari industri di kota.

9) Diet

Rendahnya konsumsi betakaroten, selenium dan vitamin A menyebabkan tingginya risiko terkena kanker paru.

10) Penyakit paru

Penyakit paru seperti tuberkulosis dan penyakit paru obstruksi kronik juga dapat menjadi risiko kanker paru. Seseorang dengan penyakit paru obstruktif kronik berisiko empat sampai enam kali



lebih besar terkena kanker paru ketika efek dari merokok dihilangkan.

### c. Patofisiologi

Dimulai dari etiologi yang menyebabkan *Carsinoma* Paru ada dua jenis yaitu primer dan sekunder. Primer yaitu berasal dari merokok, asap rokok, asap pabrik, zat karsinogen, dsb. Sedangkan sekunder berasal dari metastase organ lain. Etiologi primer menyerang percabangan segmen / sub bronkus menyebabkan cilia hilang. Fungsi dari cilia ini adalah untuk menggerakkan lendir yang akan menangkap kotoran kecil agar keluar dari paru-paru. Jika cilia hilang maka akan terjadi deskuamasi sehingga timbul pengendapan karsinogen. Dengan adanya pengendapan karsinogen maka menyebabkan metaplasia, hyperplasia, dan displasia yang selanjutnya akan menyebabkan *Carsinoma* Paru . *Carsinoma* Paru ada beberapa jenis yaitu karsinoma sel skuamosa, adenokarsinoma, karsinoma sel bronkoalveolar, dan karsinoma sel besar. Setiap lokasi memiliki tanda dan gejala yang berbeda. Pada karsinoma sel skuamosa, karsinoma bronkus akan menjadi berkembang sehingga batuk akan lebih sering terjadi yang akan menimbulkan himoptisis. Pada adenokarsinoma akan menyebabkan meningkatnya produksi mukus yang dapat mengakibatkan penyumbatan jalan nafas. Sedangkan pada karsinoma sel bronkoalveolar sel akan membesar dan dengan cepat bermetastase sehingga menimbulkan obstruksi bronkus dengan gejala dispnea ringan.

Pada karsinoma sel besar akan terjadi penyebaran neoplastik ke mediastinum sehingga timbul area pleuritik dan menyebabkan nyeri. Pada stadium lanjut, penurunan berat badan biasanya menunjukkan adanya metastase, khususnya pada hati. Kanker paru dapat bermetastase ke struktur-struktur terdekat seperti kelenjar limfe, dinding esofagus, pericardium, otak, dan tulang rangka (Nurarif & Kusuma, 2015).

Sedangkan pada *Carsinoma* Paru sekunder, paru-paru menjadi tempat berakhirnya sel kanker yang ganas. Di bagian organ paru-paru, sel kanker terus berkembang dan bisa mematikan sel imunologi. Artinya sel kanker bersifat imortal dan bisa menghancurkan sel yang sehat supaya tidak berfungsi. Paru-paru adalah organ akhir bagi sel kanker atau tempat berakhirnya sel kanker, yang sebelumnya dapat menyebar di area payudara, ovarium, dan usus (Stoppler & William, 2010).

Kanker paru cenderung bermetastasis ke kelenjar limpa, otak, tulang, hati dan organ lainnya. Kebingungan (konfusi), gangguan berjalan dan keseimbangan, sakit kepala, perubahan perilaku bisa saja merupakan manifestasi dari metastasis pada otak. Tumor yang menyebar ke tulang akan menyebabkan nyeri pada tulang tersebut, fraktur, dan bisa saja menekan spinal cord, seperti halnya trombositopenia dan anemia jika sumsum tulang di invasi oleh tumor. Ketika hati diserang, gejala dari kelainan fungsi hati dan obstruksi biliari meliputi jaundice (penyakit kuning), anoreksia, nyeri pada

kuadran kanan atas (Sylvia & Wilson, 2006 dalam Oktara 2017). Sindrom vena cava superior, obstruksi sebagian atau seluruh vena cava superior berpotensi menyebabkan komplikasi pada kanker paru, terutama pada saat tumor menginvasi ke mediastinum superior atau kelenjar limpa mediastinal. Baik akut maupun subakut gejalanya dapat dicatat. Terlihat edema pada leher dan wajah klien, sakit kepala, pening, gangguan penglihatan, dan sinkop. Vena bagian atas dada dan vena di leher akan mengalami dilatasi dan terjadinya sianosis. Edema pada cerebral akan mengubah tingkat kesadaran, edema pada laring dapat merusak sistem pernafasan. (LeMone et al, 2000 dalam Oktara 2017).

#### **d. Manifestasi Klinis**

Menurut Wijaya & Putri (2013) manifestasi klinis kanker paru yaitu :

- 1) Kondisi pasien yang menurun seperti batuk-batuk selama 1 bulan, berat badan turun  $\geq 5$  kg
- 2) Pasien mengeluhkan nyeri dada ataupun nyeri pada bagian yang metastase serta merasa sesak
- 3) Batuk darah
- 4) Pembengkakan pada jari-jari

Sementara menurut Pradipta et al (2018) tanda gejala yang kanker paru berdasarkan mekanismenya yaitu :

- 1) Penurunan berat badan dan nafsu makan, lemas, serta demam
- 2) Adanya obstruksi saluran nafas

- 3) Batuk, sesak nafas, nafas wheezing, stridor, hemoptisis
- 4) Nyeri dada dan nyeri punggung
- 5) Anemia
- 6) Hipoalbuminemia
- 7) Trombositopenia
- 8) Jari tabuh

**e. Stadium**

Penentuan stadium yang tepat untuk kanker paru sangat penting karena informasi terapi dan prognosis didasarkan pada tipe dan stadium kanker. Sistem stadium TNM (Tumor Nodul Metastase) untuk kanker paru-paru menurut (Wijaya & Putri, 2013) yaitu :

Tabel 2.1 Stadium Kanker Paru

TNM (Tumor Nodul Metastase)	Definisi
<b>Tumor (T)</b>	
T0	Tidak terbukti adanya tumor
Tx	Kanker tersembunyi terlihat pada sitologi bilasan bronkus tetapi tidak terlihat pada bronkoskopi
TIS	Karsinoma in situ, yaitu belum ada metastasis atau pertumbuhan invasif dan proses keganasan masih terbatas pada mukosa bronkus dan belum menembus membran basalis
T1	Tumor diameter $\leq 3$ cm dikelilingi paru-paru atau pleura viseralis yang normal
T2	Tumor diameter 3cm sudah menyerang pleura viseralis atau mengakibatkan atelektasis yang meluas ke hilus
T3	Tumor dengan perluasan langsung pada dinding dada,

	diafragma, pleura mediastinalis atau pericardium tanpa mengenai jantung, pembuluh darah besar, trakea, esofagus. Tumor berjarak 2cm dari karina tetapi tidak melibat karina
T4	Tumor yang sudah menyerang mediastinum atau mengenai jantung, pembuluh darah besar trakea, esofagus, koepua vertebra, atau karina, adanya efusi pleura yang maligna
<b>Kelenjar Getah Bening Regional (N)</b>	
N0	Tidak terlihat metastasi spada kelenjar limfe regional
N1	Metastasis pada peribronkial dan atau kelenjar-kelenjar hilus ipsilateral
N2	Metastasis pada mediastinal ipsi lateral atau kelenjar limfe subkarina
N3	Metastasis pada mediastinal atau kelenjar limfe hilus kontralateral, kelenajr limfe skalenus atau supraklavikular ipsilateral atau kontralateral
<b>Metastase (M)</b>	
M0	Tidak diketahui adanya metastasis jauh
M1	Metastasis jauh terdapat pada tempat tertentu seperti otak
<b>Kelompok Stadium</b>	
Karsinoma tersembunyi TxN0M0	Sputum mengandung sel-sel ganas tetapi tidak dapat dibuktikan adanya tumor atau metastasis
Stadium 0 TISN0M0	Karsinoma in situ
Stadium I T1N0M0 T2N0M0	Tumor termasuk klasifikasi T1 atau T2 tanpa adanya metastasis pada kelenjar limfe regional atau tempat yang jauh
Stadium II T1N1M0 T2N1N0	Tumor termasuk klasifikasi T1 atau T2 dan terdapat adanya metastase pada kelenjar limfe peribronkial atau hilus

	ipsilateral
Stadium III a T3N0M0	Tumor termasuk klasifikasi T3 dengan atau tanpa metastase pada kelenjar limfe peribronkial atau hilus ipsilateral, tidak ada metastase jauh
Stadium III b Setiap TN3M0 T4 setiap NM0	Setiap tumor dengan metastasis pada kelenjar limfe atau pada kelenjar limfe skalenus atau supraklavikular atau tumor yang termasuk klasifikasi T4 dengan atau tanpa metastasis kelenjar limfe regional, tidak ada metastase jauh
Stadium IV Setiap T, setiap N, M1	Setiap tumor dengan metastasis jauh

(Sumber : Wijaya & Putri, 2013)

#### f. Komplikasi

Anemia merupakan komplikasi yang sering terjadi pada penderita kanker paru. Kondisi anemia pada penderita kanker disebabkan karena berbagai faktor seperti akibat kondisi defisiensi besi, defisiensi asam folat, defisiensi B12, perdarahan, efek dari terapi kanker baik kemoterapi maupun radioterapi, kondisi inflamasi atau aktivasi dari sistem imun dan akibat terjadinya hemolisis. Terjadinya anemia dapat mengurangi kemampuan darah untuk mengangkut oksigen sehingga jaringan kekurangan oksigen. *Carsinoma* Paru juga dapat menyebabkan efusi pleura. Akumulasi efusi di rongga pleura terjadi akibat peningkatan permeabilitas pembuluh darah karena reaksi inflamasi yang ditimbulkan oleh infiltrasi sel kanker pada pleura parietal dan atau viseral, invasi langsung tumor yang berdekatan dengan pleura dan obstruksi pada kelenjar limfe, terdapatnya efusi pleura ganas pada

penderita kanker paru menggambarkan kondisi terminal (*end stage*) penyakit keganasan dengan prognosis buruk (Minna et al, 2009 dalam Purba & Wibisono, 2015).

#### **g. Pemeriksaan**

Menurut Black & Hawks (2014) pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada pasien *Carcinoma* Paru yaitu :

##### **1) Inspeksi**

Pemeriksaan dilakukan untuk mengamati irama, frekuensi dan kedalaman pernafasan. Frekuensi atau laju pernapasan normal orang dewasa mencapai 16-24 x/mnt.

##### **2) Palpasi**

Pemeriksaan dilakukan untuk mengkaji pengembangan dada simetris atau tidak selama inspirasi dan ekspirasi. Palpasi adanya nyeri tekan atau tidak, dan untuk menilai taktil fremitus dengan cara palpasi dinding dada posterior ketika klien berkata “sembilan puluh sembilan” dan bandingkan intensitas getaran pada kedua sisi dan nilai apakah terdapat simetrisitas.

##### **3) Perkusi**

Perkusi pada jaringan paru yang sehat menghasilkan suara sonor/resonan (suara bernada rendah, berongga). Nada dan kualitas suara perkusi lain yaitu timpani (nada tinggi, bergaung, seperti drum), datar (nada tinggi, lembut), dan pekak (nada sedang seperti suara “gedebug” seperti tubuh yang jatuh).

#### 4) Auskultasi

Auskultasi dilakukan untuk membandingkan sisi kanan dan kiri toraks, mendengarkan suara nafas serta adanya suara nafas tambahan.

Menurut Pradipta et al (2018) pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien kanker paru yaitu :

##### 1) Foto Rontgen Thoraks

Foto rontgen thoraks AP/lateral digunakan untuk menilai pasien dengan kecurigaan terkena kanker paru. Berdasarkan hasil pemeriksaan ini, lokasi lesi dan tindakan selanjutnya termasuk prosedur diagnosis penunjang dan penanganan dapat ditentukan.

##### 2) CT Scan atau MRI

Digunakan untuk menilai invasi dinding dada dan limfadenopati dalam menentukan stadium. Dapat juga digunakan untuk mendeteksi adanya metastasis pada organ lain seperti hepar, adrenal atau otak.

##### 3) PET-Scan

Digunakan untuk menilai adanya metastasis jauh.

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) pemeriksaan invasif kepada pasien dengan kanker paru yaitu :

##### 1) Bronkoskopi

Bronkoskopi adalah prosedur utama untuk mendiagnosa kanker paru. Prosedur ini dapat membantu menentukan lokasi lesi



primer, pertumbuhan tumor intraluminar dan mendapatkan spesimen untuk biopsi sehingga diagnosa dan stadium kanker paru dapat ditentukan.

## 2) Biopsi

Biopsi pada paru dilakukan dengan eksisi bedah jaringan. Kemudian jaringan diperiksa untuk menilai struktur selular abnormal (sel kanker) atau infeksi.

## **h. Penatalaksanaan**

Manajemen pengobatan dengan kanker paru tergantung dari tipe dan stadium tumor dan juga kondisi kesehatan pasien. Menurut (Black & Hawks, 2014) pelaksanaan yang dapat dilakukan yaitu :

### 1) Terapi radiasi

Terapi radiasi atau sering disebut dengan radioterapi merupakan terapi yang menggunakan radiasi bersumber dari energi radioaktif. Tujuan dilakukannya radioterapi yaitu untuk menghancurkan jaringan kanker, untuk mengurangi ukurannya serta untuk menghilangkan gejala dan gangguan yang menyertainya. Radioterapi dapat digunakan pada kanker-kanker tingkat lanjut sebagai paliatif untuk gejala seperti nyeri dada, sesak nafas, batuk, hemoptisis, dan obstruksi atau kompresi dari bronkus, pembuluh darah dan esofagus.

## 2) Kemoterapi

Respon kanker terhadap kemoterapi tergantung pada tipe sel tumor. Kemoterapi dilakukan pada pasien yang ditangani dengan pembedahan atau radiasi mengalami penyakit berulang atau metastasis jauh. Kemoterapi merupakan salah satu jenis pengobatan yang digunakan untuk menghancurkan sel kanker yang berbahaya bagi tubuh, cara kerjanya adalah dengan menghentikan atau menghambat pertumbuhan sel kanker yang berkembang dan membelah diri dengan cepat.

## 3) Prosedur pembedahan

Menurut (Black & Hawks, 2014) tindakan pembedahan yang dilakukan pada pasien dengan kanker paru yaitu reseksi bedah, merupakan tindakan bedah yang dilakukan untuk mengambil tumor secara lengkap dengan menjaga jaringan paru normal di sekitarnya. Luasnya operasi bergantung pada lokasi dan ukuran dari tumor dan keparahan dari proses patologis yang mendasari. Adapun prosedur bedahnya yaitu :

### a) Reseksi Baji

Pada reseksi baji (*wedge resection*), suatu area tumor yang kecil dan terlokalisasi serta terletak dekat dengan permukaan paru dapat diambil menggunakan alat *stapling* khusus. Karena area reseksi cukup kecil, struktur dan fungsi paru relatif tidak berubah setelah penyembuhan.

b) Reseksi Segmental

Reseksi segmental adalah pengambilan satu atau lebih segmen paru (bronkiolus dan alveolinya). Jaringan paru tersisa akan berekspansi untuk menutupi ruangan kosong tersebut.

c) Lobektomi

Lobektomi adalah pengambilan dari keseluruhan lobus paru pada satu sisi. Tujuan lobektomi selain menyingkirkan lobus paru-paru yang rusak adalah untuk mencegah penyebaran infeksi atau tumor dari lobus yang mengalami kelainan.

d) Pneumonektomi

Pneumonektomi adalah pengambilan keseluruhan paru. Pembedahan ini dilakukan ketika kondisi pasien tidak membaik setelah dilakukan semua metode pengobatan dan paru-paru pasien sudah tidak dapat bekerja sebagaimana mestinya.

### **3. Gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Carsinoma* Paru**

Asuhan keperawatan merupakan aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistmatik. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi

tindakan tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012).

#### **a. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah pengumpulan data dan analisis informasi secara sistematis dan berkelanjutan mengenai klien. Dalam mengumpulkan data, sumber yang diperoleh meliputi dari klien, keluarga, tenaga kesehatan dan catatan medis. Selain itu, data juga dapat diperoleh dari pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Hasil pengkajian akan didapatkan dua jenis data, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari ucapan atau jawaban dari klien/keluarga. Sedangkan data objektif adalah data yang didapat dari hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) pengkajian keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan kanker paru yaitu :

##### **1) Identitas**

Meliputi nama klien, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, dan alamat klien

##### **2) Riwayat kesehatan**

###### **a) Riwayat kesehatan sekarang**

Nyeri dada yang bersifat lokal atau pleuritik, batuk produktif, dahak mukoid atau purulen, batuk berdarah, anorexia, penurunan berat badan, sesak napas

b) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji apakah klien memiliki riwayat penyakit paru dan penyakit menular atau menurun sebelumnya. Penyakit paru seperti tuberkulosis dan penyakit paru obstruktif kronik juga dapat menjadi risiko kanker paru. Seseorang dengan penyakit paru obstruktif kronik beresiko empat sampai enam kali lebih besar terkena kanker paru.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji apakah terdapat riwayat keluarga sebelumnya yang mengidap kanker paru, penyakit menular ataupun penyakit menurun.

3) Kebutuhan dasar

a) Makanan dan cairan

Kehilangan nafsu makan, mual/muntah, kesulitan menelan mengakibatkan kurangnya asupan makanan, kurus, penurunan BB

b) Eliminasi

Diare, peningkatan frekuensi, jumlah urine

c) Higiene/pemeliharaan kesehatan

Kebiasaan merokok, konsumsi bahan pengawet, penurunan toleransi dalam melakukan aktivitas personal hygiene

d) Aktivitas/istirahat

Kesulitan beraktivitas, mudah lelah, susah untuk istirahat, nyeri, sesak, kelesuan, insomnia

4) Pengkajian fisik

a) Integumen

Pucat atau sianosis yang dapat dilihat pada bibir atau ujung jari/kuku

b) Kepala dan leher

Peningkatan tekanan vena jugularis, deviasi trakea

c) Telinga

Biasanya tidak ada kelainan

d) Mata

Pucat pada konjungtiva sebagai akibat anemia atau gangguan nutrisi

e) Muka, hidung, dan rongga mulut

Pucat atau sianosis pada bibir, ketidakmampuan menelan, suara serak

f) Thoraks dan paru-paru

Pernafasan takipnea, napas dangkal, peningkatan otot aksesori pernapasan, batuk kering/nyaring/batuk terus menerus dengan atau tanpa sputum, peningkatan fremitus, krekels inspirasi atau ekspirasi

g) Sistem Cardiovaskuler

Frekuensi jantung mungkin meningkat/takikardia pada saat istirahat, bunyi gerakan perikardial

h) Abdomen

Bising usus meningkat/menurun

i) Sistem Urogenital

Peningkatan frekuensi atau jumlah urine

j) Sistem Reproduksi

Ginekomastia, amenorhea, impotensi

k) Sistem Limfatik

Pembesaran kelenjar limfe regional : leher, ketiak (metastase)

l) Sistem Muskuloskeletal

Penurunan kekuatan otot, jari tabuh (clubbing finger)

m) Sistem Persyarafan

Perubahan status mental/kesadaran apatis, letargi, bingung, disorientasi

Pada pasien kanker paru yang mengalami masalah keperawatan utama nyeri dilakukan pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST, yaitu :

Tabel 2.2 Pengkajian Nyeri

Variabel	Deskripsi dan pertanyaan
Penyebab (P : <i>Provokers and Palliate</i> )	Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui faktor pencetus atau yang menimbulkan nyeri. “ <i>Apa penyebab nyeri? Apa yang mengurangi nyeri? Apa saja pengobatan yang sudah diterima? Apa saja obat yang sudah diminum? Apa yang dapat memperburuk nyeri?</i> ”
Kualitas (Q : <i>Quality</i> )	Pengkajian yang dilakukan untuk mengkaji seperti apa nyeri yang dirasakan “ <i>Seperti apa nyeri yang dirasakan? Tajam? Tumpul? Seperti tertusuk? Terbakar? Diremas-remas? Tertimpa benda tajam?</i> ”
Letak (R : <i>Region and Radiation</i> )	Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui letak nyeri yang dirasakan “ <i>Dimana lokasi nyeri? Apakah hanya pada satu tempat? Apakah menjalar? Kemana? Apakah nyeri muncul di tempat lain?</i> ”
Skala/Keparahan (S : <i>Skala</i> )	Pengkajian untuk menentukan seberapa berat nyeri yang dirasakan “ <i>Seberapa berat keluhan yang dirasakan (skala nyeri)? Bagaimana pengaruh nyeri dengan keadaan fisik, tidur, bekerja, sosial, dan kehidupan keluarga?</i> ”
Waktu (T : <i>Time</i> )	Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui seberapa lama nyeri berlangsung dan kapan saja “ <i>Kapan nyeri tersebut muncul? Apakah muncul terus menerus atau hilang timbul? Berapa lama munculnya? Kapan hilang?apakah mengganggu aktivitas di siang hari? Apakah mengganggu tidur di malam hari? Apakah nyeri saat bergerak?</i> ”

(Powell, 2010 dalam Soenarto et al, 2018)



## **b. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan mengenai masalah kesehatan klien yang aktual dan potensial yang dapat dikelola melalui intervensi keperawatan mandiri. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang ringkas, jelas, berpusat pada klien, dan spesifik pada klien (Rosdahl & Kowalski 2014). Menurut Wijaya & Putri (2013) pasien yang mengalami kanker paru akan muncul berbagai masalah keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (invasi sel kanker), kerusakan pertukaran gas berhubungan dengan hipoventilasi, ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan peningkatan jumlah sekret/sekresi darah, ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap perubahan status kesehatan, dan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia/kerusakan menelan.

Diagnosa keperawatan nyeri akut menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI 2017 adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut ditandai dengan tanda dan gejala tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola

nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

### **c. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah yang dialami klien (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Dalam perencanaan tindakan keperawatan pada pasien kanker paru dengan masalah nyeri diperlukan dukungan serta peran keluarga. Keluarga merupakan kelompok sosial yang unik yang mempunyai kebersamaan, seperti pertalian darah/ikatan keluarga, emosional, memberikan perhatian, orientasi kepentingan, dan memberikan asuhan berkembang (Nadirawati, 2018). Menurut Dion & Betan (2013) keluarga memiliki lima tugas pokok yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga, membuat keputusan tindakan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga dengan anggota keluarga yang sakit. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota keluarganya. Ada tujuh jenis dukungan keluarga yaitu dukungan keluarga melalui komunikasi, dukungan emosional keluarga, dukungan melalui interaksi sosial, dukungan keluarga melalui finansial, dukungan keluarga dalam upaya

penyediaan transportasi, dukungan melalui upaya mempertahankan aktifitas fisik, dan dukungan keluarga dalam menyiapkan makanan (Nusi et al, 2010).

Dukungan keluarga merupakan keikutsertaan keluarga untuk memberikan bantuan kepada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan baik dalam hal pemecahan masalah, pemberian keamanan, dan peningkatan harga diri. Dukungan keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu anggota keluarga dalam menyelesaikan semua masalah yang dihadapi, termasuk penyakit yang sedang dialami. Apabila ada dukungan dari keluarga, maka rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat. Seorang dengan dukungan keluarga yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak mendapatkan dukungan (Ndore et al, 2017).

Bentuk dukungan keluarga yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dan dukungan informasional. Dukungan keluarga berpengaruh penting dalam pelaksanaan pengobatan berbagai jenis penyakit dan dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental anggota keluarganya. Melalui dukungan keluarga, pasien akan merasa ada yang memperhatikan. Dukungan keluarga dapat diwujudkan dengan memberikan perhatian, bersikap empati, memberikan dorongan, memberikan saran, memberikan pengetahuan,

dan sebagainya (Vicka & Theresia, 2016 dalam Anggraeni et al, 2017).

Perencanaan keperawatan nyeri akut pada pasien *Carsinoma* Paru menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) PPNI (2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) DPP PPNI (2018), yaitu :

Luaran utama : Tingkat nyeri (L.08066)

Kriteria hasil :

- a) Menurunnya keluhan nyeri
- b) Menurunnya gelisah
- c) Menurunnya meringis

Intervensi utama : Manajemen Nyeri (I. 08238)

Tindakan :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi respon nyeri non verbal
- c) Berikan tehnik non farmakalogi untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya hipnosis, akupresure, terapi musik, terpai pijat, tehnik imajinasi terbimbing, relaksasai nafas dalam, kompres hangat/dingin)
- d) Ajarkan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
- e) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

Perencanaan keperawatan pada pasien kanker paru dengan keluhan nyeri menurut Doengoes et al (2015) yaitu :

NOC : Tingkat Nyeri

Kriteria hasil :

- a) Melaporkan nyeri berkurang atau terkontrol
- b) Mengikuti program farmakologi yang diresepkan
- c) Mendemonstrasikan penggunaan keterampilan non-farmakologi yang telah diajarkan

NIC : Manajemen Nyeri

- a) Lakukan pengkajian nyeri klien mencakup pencetus, kualitas, lokasi, skala, dan durasi
- b) Observasi isyarat non-verbal klien
- c) Pantau tanda-tanda vital
- d) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan dengan penggunaan teknik non farmakologi
- e) Berikan manajemen nyeri non-farmakologi (relaksasi nafas dalam, kompres panas atau dingin, gosokan pada area yang sakit, perubahan posisi, distraksi, imajinasi terbimbing)
- f) Ajarkan kepada pasien dan keluarga mengenai teknik manajemen nyeri non-farmakologi (relaksasi nafas dalam)
- g) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi dengan pemberian analgetik

- h) Libatkan keluarga dalam pelaksanaan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri

**d. Pelaksanaan Keperawatan**

Pelaksanaan Keperawatan adalah komponen dari proses keperawatan. Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Implementasi menuangkan rencana asuhan keperawatan ke dalam tindakan, setelah intervensi dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan prioritas klien, perawat melakukan tindakan keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan (Potter & Perry, 2015). Dalam pelaksanaannya, perawat memiliki 3 jenis implementasi, yaitu :

1) Tindakan Independen

Tindakan independen atau disebut tindakan mandiri keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan sendiri oleh perawat tanpa arahan atau perintah dari tenaga kesehatan lainnya. Contoh tindakan mandiri perawat antara lain mengatur posisi tidur, memenuhi *Activity Daily Living* (ADL) pasien, mengajarkan etika batuk, melatih pasien relaksasi nafas dalam.

2) Tindakan Interdependen

Tindakan interdependen adalah tindakan kolaborasi dengan tim keperawatan atau tim kesehatan lain seperti dokter. Misalnya dalam pemberian obat oral, injeksi, tes laboratorium.

### 3) Tindakan Dependen

Tindakan dependen merupakan tindakan rujukan atau delegasi dari tim kesehatan lain seperti fisioterapi, ahli gizi, dan psikolog. Misalnya memberikan diet pasien tinggi kalori tinggi protein (TKTP) sesuai rujukan ahli gizi.

## e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan implementasi. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam pencapaian tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Rosdahl & Kowalski, 2014). Terdapat dua jenis evaluasi, yaitu :

### 1) Evaluasi formatif atau evaluasi proses

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi proses yaitu evaluasi yang dilakukan setiap selesai melakukan suatu tindakan untuk menilai respon klien.

### 2) Evaluasi sumatif atau evaluasi hasil

Evaluasi sumatif atau evaluasi hasil dilakukan setiap akhir shift perawat yaitu untuk menilai apakah hasil yang diharapkan sudah tercapai atau belum. Perawat menggunakan pendokumentasian dari pengkajian dan kriteria hasil dalam

melakukan evaluasi sumatif. Melalui evaluasi hasil perawat dapat menyimpulkan masalah keperawatan sudah teratasi, teratasi sebagian atau belum teratasi. Penulisan pada evaluasi hasil melalui SOAP, yaitu :

- 1) S (Subjektif), merupakan informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien
- 2) O (Objektif), merupakan informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat
- 3) A (Analisis), adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan serta kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah sudah teratasi, atau teratasi sebagian, atau belum teratasi
- 4) P (Planning), merupakan rencana tindakan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa

#### **4. Nyeri**

##### **a. Definisi**

Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik. Nyeri biasanya dikaitkan dengan beberapa jenis kerusakan jaringan, yang merupakan tanda peringatan, namun pengalaman nyeri lebih dari itu (Black & Hawks 2014). Menurut Mohammad (2012) dalam Lestari (2014), nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak



menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Nyeri merupakan masalah yang besar bagi kesehatan dunia, dimana diperkirakan 1 dari 5 orang dewasa menderita nyeri dan 1 dari 10 orang didiagnosa dengan nyeri kronis tiap tahunnya. Empat penyebab utama nyeri adalah kanker, osteo dan reumatoid arthritis, operasi dan trauma, serta masalah spinal (Goldberg & McGee, 2011 dalam Kurniyawan, 2016).

Menurut Hidayat (2010), nyeri berdasarkan jenisnya, secara umum dibagi menjadi dua :

#### 1) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan otot (Hidayat, 2010). Menurut Black & Hawks (2014) nyeri jenis ini dianggap memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pasca operasi, yang biasanya menghilang ketika luka sembuh. Nyeri akut yang tidak teratasi akan memicu status nyeri kronis. Nyeri akut mungkin disertai respons fisik yang dapat diobservasi seperti :

- a) Peningkatan atau penurunan tekanan darah
- b) Takikardi
- c) Diaforesis
- d) Takipnea
- e) Melindungi bagian tubuh yang nyeri

## 2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama yaitu lebih dari 6 bulan yang termasuk dalam kategori ini adalah nyeri terminasi, sindroma nyeri kronis, nyeri psikosomatik (Hidayat, 2010). Nyeri kronis tidak diketahui kapan akan berakhir kecuali jika terjadi penyembuhan yang lambat, seperti pada luka bakar.

Nyeri kronis dapat dimulai sebagai nyeri akut atau penyebabnya sangat tersembunyi sehingga individu tidak mengetahui kapan nyeri tersebut pertama kali muncul. Lamanya nyeri kronis dihitung berdasarkan nyeri yang dirasakan dalam hitungan bulan atau tahun, bukan menit atau jam. Klien dengan nyeri kronis mungkin mengalami nyeri yang lokal atau menyebar serta terasa ketika disentuh, beberapa terasa nyeri di titik yang dapat diprediksi, namun hanya disertai sedikit temuan fisik. Mereka biasanya mengeluh perasaan kelemahan, gangguan tidur, dan keterbatasan fungsi. Mereka mungkin menunjukkan suasana hati depresif, dan memperlihatkan perilaku individu dengan penyakit kronis (Black & Hawks, 2014).

### **b. Batasan karakteristik**

Menurut SDKI PPNI (2017), nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan

berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut ditandai dengan tanda dan gejala tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

### **c. Penyebab nyeri**

Menurut Mubarak et al (2015) nyeri dapat disebabkan oleh :

- 1) Trauma
  - a) Mekanik, yaitu nyeri yang timbul akibat ujung saraf bebas mengalami kerusakan. Misalnya akibat benturan, gesekan, luka
  - b) Termal, yaitu nyeri yang timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas dan dingin. Misal karena api dan air
  - c) Kimia, yaitu nyeri timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat
  - d) Elektrik, yaitu nyeri yang timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar
- 2) Peradangan, yakni nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan, misalnya abses
- 3) Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah

- 4) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
- 5) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri

#### **d. Faktor yang mempengaruhi nyeri**

Menurut (Black & Hawks, 2014) faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu :

##### **1) Persepsi nyeri**

Nyeri merupakan persepsi individu sehingga nyeri yang dirasakan oleh tiap individu berbeda. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh toleransi tiap individu dan pengalaman tiap individu.

##### **2) Faktor sosial budaya**

Ras, budaya, dan etnik merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Respons terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral budaya masing-masing. Karena pada dasarnya individu yang memberikan respons terhadap nyeri mempunyai keyakinan dan kepercayaan yang berbeda-beda sehingga memiliki berbagai cara dalam menghadapi nyeri.

##### **3) Usia**

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk. Nyeri juga dapat berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan bagi orang dewasa. Berbeda lagi dengan lansia, mereka mungkin

mengartikan nyeri sebagai manifestasi alami penuaan yang memang harus dilalui.

#### 4) Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat menjadi faktor yang signifikan dalam respons nyeri, laki-laki lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan dengan perempuan. Hal ini tidak berarti bahwa laki-laki jarang merasakan nyeri, hanya saja mereka jarang memperlihatkan hal itu.

#### 5) Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami klien juga mempengaruhi nyeri, ansietas akan mempengaruhi respons terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

### e. Fisiologi nyeri

Menurut Mubarak et al (2015), fisiologi nyeri merupakan alur terjadinya nyeri dalam tubuh. Rasa nyeri merupakan sebuah mekanisme yang terjadi dalam tubuh yang melibatkan fungsi organ tubuh terutama sistem saraf sebagai reseptor nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri disebut *nosireseptor*, merupakan ujung saraf bebas yang ada di kulit, otot, persendian, viseral, dan vaskular yang bertanggungjawab terhadap kehadiran stimulus yang berasal dari kimia, suhu (panas atau dingin), dan perubahan mekanikal. Pada jaringan yang normal, *nosireseptor* tidak aktif sampai adanya stimulus

yang memiliki energi yang cukup untuk melampaui ambang batas stimulus (*resting*). Reseptor nyeri memberikan respon jika adanya stimulasi atau rangsangan. Kerusakan jaringan/sel akan menyebabkan reseptor nyeri mengeluarkan zat-zat mediator nyeri seperti *bradikinin*, *prostaglandin*, *histamin*, dan *substansi P*.

Fisiologi nyeri termasuk suatu rangkaian proses neurobiologis disebut sebagai *nosisepsi* yang terdiri dari *tranduksi*, *transmisi*, *modulasi* dan persepsi. *Tranduksi* terjadi ketika stimulus berupa suhu, kimia atau mekanik diubah menjadi energi listrik yang kemudian akan diterima ujung saraf perifer. Terdapat dua serabut saraf perifer yang mengontrol stimulus nyeri, yaitu serabut A delta dan serabut C. Serabut A delta adalah serabut yang diselubungi myelin, mengimpulsikan nyeri dengan cepat, sensasi nyeri tajam, nyeri terlokasi, dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C adalah serabut yang tidak diselubungi myelin, merupakan komponen lambat, nyeri yang timbul bersifat tumpul dan menyakitkan, dan nyeri tidak terlokasi.

Pada proses *transmisi*, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medulla spinalis. Setelah impuls naik dari medulla spinalis, kemudian menuju thalamus melalui *spinotalamikus* (SST) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus. Kemudian sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensoris somatik yaitu tempat nyeri dipersepsikan. Impuls yang ditransmisikan oleh SST

mengaktifkan respons otonomi dan limbik. Ketika stimulus nyeri sampai ke korteks serebral, maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi dari faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi nyeri. Setelah otak menerima menerima adanya stimulus nyeri, terjadi pelepasan substansi seperti *opioid*, *serotonin*, *norepinefrin* yang bekerja untuk menghambat transisi nyeri. Terhambatnya transmisi impuls nyeri merupakan proses *nosisepsi* yang dikenal dengan *modulasi*. Inilah yang menyebabkan persepsi nyeri setiap individu sangat subyektif.

Hasil akhir dari proses proses interaksi yang kompleks dari *transduksi*, *transmisi*, dan *modulasi* yaitu persepsi nyeri. Persepsi memberikan individu perasaan sadar dan makna terhadap nyeri sehingga membuat individu kemudian bereaksi. Reaksi terhadap nyeri merupakan respon fisiologis dan respon perilaku yang terjadi setelah seseorang merasakan nyeri.

#### **f. Respon Terhadap Nyeri**

Menurut Mubarak et al (2015), terdapat tiga respon individu terhadap nyeri, yaitu :

##### **1) Respon Fisiologis**

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke batang otak dan thalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stress. Stimulasi pada

cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respons fisiologis.

a) Stimulasi Simpatik (nyeri ringan dan sedang)

Berupa dilatasi saluran bronkial dan peningkatan respirasi, peningkatan detak jantung, vasokonstriksi perifer, peningkatan tekanan darah, peningkatan kekuatan otot, dan dilatasi pupil.

b) Stimulus Parasimpatik (nyeri berat dan dalam)

Berupa muka pucat, otot mengeras, penurunan detak jantung dan tekanan darah, napas cepat dan tidak teratur, mual dan muntah, serta kelelahan dan keletihan.

2) Respons Psikologis

Respons psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadap nyeri yang terjadi atau arti nyeri bagi klien. Pemahaman dan pemberian arti nyeri sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, persepsi, pengalaman masa lalu, dan faktor sosial budaya.

3) Respons Perilaku

Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh klien sebagai respon terhadap perilaku.



### g. Pengukuran Skala Nyeri

Alat pengukur skala nyeri adalah alat yang digunakan untuk mengukur skala nyeri yang dirasakan oleh seseorang. Menurut (Black & Hawks, 2014) alat yang dapat digunakan untuk mengukur skala nyeri adalah :

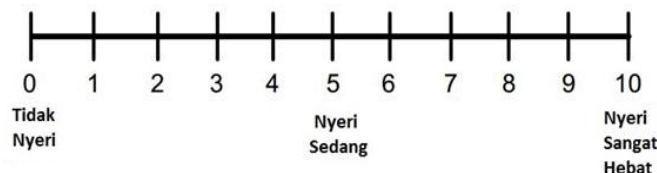
#### 1) *Verbal Rating Scale (VRS)*



Gambar 2.2 *Verbal Rating Scale (VRS)*  
(Black & Hawks, 2014)

*Verbal Rating Scale (VRS)* merupakan alat untuk menilai intensitas nyeri dengan gambaran kata-kata tidak nyeri (no pain) pada ujung kiri, kemudian diikuti nyeri ringan, nyeri sedang (tidak menyenangkan), nyeri hebat (menyedihkan), nyeri sangat paling hebat (mengerikan), dan nyeri sangat hebat (menyiksa). Pasien diminta untuk memilih kata yang menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan.

#### 2) *Numeric Rating Scale (NRS)*



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale (NRS)*  
(Black & Hawks, 2014)

*Numeric Rating Scale* (NRS) adalah alat ukur nyeri yang meminta kepada pasien untuk menilai skala nyerinya sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan. Skala yang digunakan yaitu 0 (tidak nyeri), 1-3 (nyeri ringan), 4-6 (nyeri sedang), dan 7-10 (nyeri berat).

### 3) *Visual Analog Scale* (VAS)



Gambar 2.4 *Visual Analog Scale* (VAS)  
(Black & Hawks, 2014)

*Visual Analog Scale* (VAS) merupakan alat yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Pada metode VRS, visualisasinya berupa rentang garis sepanjang 10 cm dengan setiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri (ujung kiri diberi tanda “*no pain*” dan ujung kanan “*bad pain*”). Pasien diminta untuk menandai di sepanjang garis tersebut sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan. Cara perhitungan dilakukan dari kiri sampai batas yang diberikan tanda oleh pasien dalam satuan mm (*milimeter*).

#### 4) Face Rating Scale (FRS)



Gambar 2.5 Face Rating Scale (FRS)  
(Black & Hawks, 2014)

Skala pengukur nyeri *Wong Baker Rating Scale* (FRS) merupakan metode yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri dengan cara melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan ke dalam beberapa tingkatan rasa nyeri. Interpretasinya wajah 0 tidak sakit, wajah 2, ada rasa sakit sedikit tetapi masih bisa ditahan, wajah 4 lebih sakit sedikit, wajah 6 jauh lebih sakit daripada sebelumnya, wajah 8 rasa nyeri yang sangat banyak, dan wajah 10 terdapat rasa nyeri yang tidak tertahankan.

#### h. Manajemen Non- Farmakologi dan Farmakologi Nyeri

Menurut Black & Hawks (2014), manajemen non- farmakologi dan farmakologi yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi nyeri yaitu :

##### 1) Manajemen Non-Farmakologi

Terapi non-farmakologi merupakan intervensi yang dapat dilakukan untuk membantu meredakan nyeri yang dilakukan oleh perawat secara independen, manajemen non-farmakologi yang dapat dilakukan perawat dalam menangani nyeri diantaranya :

a) Relaksasi

Relaksasi merupakan tehnik yang digunakan untuk mencapai keadaan relaks dan otot progresif. Relaksasi progresif adalah terapi relaksasi otot-otot pada bagian tubuh. Relaksasi yang dihasilkan dari metode ini yaitu dapat menurunkan ansietas dan konsentrasi berlebihan pada otot dan juga dapat meningkatkan onset tidur.

b) Nafas Dalam

Nafas dalam merupakan salah satu tindakan terapi yang berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas.

c) Distraksi

Distraksi merupakan tindakan yang dilakukan dengan cara mengalihkan perhatian klien kepada suatu hal lain selain nyeri agar kesadarannya terhadap nyeri berkurang. Distraksi dilakukan dengan melakukan kegiatan aktivitas yang disukai oleh klien, tentunya aktivitas tersebut tidak berat yang dapat memperparah nyeri. Distraksi dapat dilakukan dengan menonton video film favorit, mendengarkan musik favorit, melakukan kerajinan tangan, dan berinteraksi dengan orang lain.

d) *Guided Imagery* (Imajinasi Terbimbing)

Imajinasi yang terbimbing dapat membantu klien memvisualisasikan pengalaman yang menyenangkan. Klien dipandu untuk memvisualisasikan kegiatan atau adegan yang disukai atau yang membuat klien tenang dan nyaman. Imajinasi dapat menurunkan nyeri melalui berbagai mekanisme. Hal ini juga merupakan cara untuk membantu individu mendistraksi diri mereka sendiri dari nyeri yang dialami dan akan meningkatkan toleransi nyeri yang dirasakan. Imajinasi juga dapat menghasilkan respons relaksasi, sehingga menurunkan nyeri. Selain itu, imajinasi dapat juga menyembuhkan, dirancang untuk tidak hanya menurunkan nyeri namun memungkinkan menghilangkan sumber nyeri.

e) Musik

Individu yang kesakitan akan merasakan relaks saat mendengarkan musik. Penelitian menunjukkan bahwa musik bermanfaat untuk membuat seseorang menjadi rileks, menimbulkan rasa aman dan sejahtera, melepaskan rasa gembira dan sedih, menurunkan tingkat kecemasan pasien dan melepaskan rasa sakit serta dapat menurunkan tingkat stress. Hal tersebut terjadi karena adanya penurunan *Adrenal Corticotropin Hormon* (ACTH) yang merupakan hormon stress.

## 2) Manajemen Farmakologi

Terapi farmakologi merupakan pemberian terapi untuk menangani nyeri dengan pemberian obat analgesik. Analgesik adalah obat yang berfungsi untuk meredakan nyeri. Analgesik yang umumnya digunakan untuk meredakan nyeri dibagi menjadi tiga, yaitu :

- a) *Obat Anti-Inflamasi Nonsteroid (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAID) non-opioid*

Analgesik non-opioid dibagi menjadi empat kategori yaitu *aspirin, garam salisilat, asetaminofen, dan NSAIDs*. Obat-obatan ini memiliki peran dalam meredakan nyeri dengan cara menghambat produksi prostglandin atau pelepasan serotonin, menggantikannya dengan efek menurunkan atau meredakan nyeri pada neurotransmitter. Obat ini biasanya diberikan pada klien dengan nyeri ringan.

- b) Analgesik Opioid

Analgesik yang dikenal sebagai narkotik yang akan menimbulkan ketergantungan fisik pada pemberian jangka panjang. Yang sering digunakan adalah *morfin*. Analgesik ini biasanya digunakan untuk mengatasi nyeri pada klien yang mengalami nyeri sedang sampai berat.

c) Obat Pelengkap (*Adjuvan*)

Obat adjuvan adalah salah satu yang biasanya digunakan untuk membantu meredakan nyeri. Contoh obatnya *antikonvulsan* dan *antidepresan*. Obat ini dapat membantu meningkatkan alam perasaan klien, dengan demikian membantu relaksasi otot.

**i. Dampak Nyeri Akut**

Menurut Wardani (2018), penanganan nyeri akut yang tidak baik akan menyebabkan kegawatan menjadi nyeri kronik. Nyeri akut juga dapat mempengaruhi aspek psikologis dan aspek fisik dari penderita. Aspek psikologis meliputi kecemasan, takut, perubahan kepribadian dan perilaku, serta gangguan tidur. Aspek fisik, nyeri akut dapat mempengaruhi peningkatan angka morbiditas dan angka mortalitas.

**5. Dokumentasi Keperawatan**

**a. Definisi Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti bahwa tanggungjawab hukum dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi, dan pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu. Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggungjawab perawat untuk perawatan pasien secara berkesinambungan (Nursalam, 2015).

Dokumentasi keperawatan adalah suatu dokumen yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan,

akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien. Rangkaian kegiatan yang dilakukan perawat dimuai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang dicatat dan dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat (Ali, 2010).

#### **b. Tujuan Dokumentasi Keperawatan**

Tujuan dokumentasi keperawatan menurut Kozier & Snyder (2011), yaitu :

- 1) Sebagai sarana komunikasi bagi berbagai professional kesehatan yang berinteraksi dengan klien. Hal ini mencegah keterlambatan perawatan klien
- 2) Merencanakan asuhan klien. Setiap profesional menggunakan data dari catatan klien untuk merencanakan asuhan bagi klien
- 3) Mengaudit institusi kesehatan. Audit adalah tinjauan catatan klien untuk tujuan jaminan mutu, untuk menentukan apakah institusi kesehatan tersebut memenuhi standar yang ditetapkan
- 4) Penelitian. Informasi yang tercantum dalam catatan dapat menjadi sumber data yang berharga untuk penelitian.
- 5) Pendidikan. Mahasiswa dalam disiplin kesehatan seringkali menggunakan catatan klien sebagai instrumen pembelajaran. Catatan seringkali dapat memberikan pandangan komprehensif tentang klien,



penyakit, strategi pengobatan yang efektif dan faktor yang mempengaruhi penyakit.

- 6) Dokumentasi sah. Catatan klien adalah dokumentasi sah dan dapat diterima di pengadilan sebagai bukti
- 7) Analisis layanan kesehatan. Informasi dari catatan dapat membantu pembuat rencana perawatan kesehatan untuk mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. Catatan dapat digunakan untuk menetapkan biaya berbagai layanan dan mengidentifikasi layanan yang menghabiskan dana instansi dan layanan yang menghasilkan pendapatan.

### **c. Standar Dokumentasi Keperawatan**

Menurut Olfah & Ghofur (2016), standar dokumentasi keperawatan adalah pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi dipertimbangkan secara baik untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman pendokumentasian dalam tindakan keperawatan. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah agar tidak terjadi penyimpangan dan melakukan teknik pencatatan dengan benar.

Dokumentasi keperawatan adalah bukti otentik yang dituliskan dalam format yang tersedia dan dibubuhi dengan inisial dan tandatangan atau paraf nama perawat dan juga menyatu dalam rekam medis pasien. dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien, maka setiap langkah dari proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, pelaksanaan, dan evaluasi

keperawatan harus masuk dalam dokumentasi keperawatan (Olfah & Ghofur, 2016).

#### **d. Komponen Standar Dokumentasi Keperawatan**

Menurut Olfah & Ghofur (2016), standar dokumentasi keperawatan yang lengkap menunjukkan tiga komponen dimana setiap komponen disertai indikator. Komponen standar dokumentasi keperawatan terdiri dari :

##### **1) Komunikasi**

Perawat melakukan dokumentasi yang berisi informasi yang akurat, relevan, dan komprehensif mengenai kondisi klien, intervensi keperawatan dan hasil kesehatan klien.

Indikator perawat :

- a) Memberikan nama dan tanda tangan lengkap atau inisial, dan gelar profesional dengan semua dokumentasi
- b) Memberikan nama dan tanda tangan lengkap atau inisial pada data *base* saat *initialling* dokumentasi
- c) Memastikan bahwa dokumentasi tulisan tangan terbaca dan menggunakan tinta permanen
- d) Menggunakan singkatan dan simbol yang masing-masing singkatan dan simbol tersebut memiliki interpretasi berbeda dan telah disepakati dan diterima dalam bidan pelayanan dan profesi kesehatan

- e) Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan teknologi informasi dan telekomunikasi (misalnya memberikan terapi melalui telepon).
- f) Mendokumentasikan *inform consent* ketika perawat memberikan pengobatan atau intervensi tertentu dan advokasi kebijakan dokumentasi yang jelas dan prosedur yang konsisten dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK)
- g) Mendokumentasikan informasi baik berupa data subjektif maupun objektif
- h) Memastikan bahwa data informasi perawatan klien telah disimpan dalam dokumen *hard copy* (laporan shift atau buku komunikasi)

## 2) Akuntabilitas

Perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesional dan etika, peraturan, dan kebijakan yang relevan dari rumah sakit.

Indikator perawat :

- a) Pendokumentasian keperawatan dilakukan segera mungkin setelah tindakan perawatan dilakukan
- b) Penulisan tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan perawatan
- c) Dokumentasi dibuat berdasarkan urutan kronologis kejadian
- d) Mengoreksi entri data yang keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat

- e) Dilarang menghapus, mengubah atau memodifikasi dokumentasi orang lain

### 3) Keamanan

Perawat melindungi informasi kesehatan klien dengan menjaga kerahasiaan dan menyimpan informasi sesuai dengan prosedur yang konsisten sesuai dengan standar profesional dan etika berdasarkan peraturan perundang-undangan yang relevan.

Indikator perawat :

- a) Memastikan bahwa informasi perawatan klien yang relevan diambil dalam catatan kesehatan klien
- b) Mempertahankan kerahasiaan informasi kesehatan klien, termasuk *password* atau informasi yang diperlukan untuk mengakses catatan kesehatan lain
- c) Memahami dan mematuhi kebijakan, standar dan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kerahasiaan, privasi dan keamanan
- d) Menjaga kerahasiaan klien dengan menggunakan inisial dalam catatan kesehatan klien
- e) Memfasilitasi hak-hak klien untuk mengakses informasi kesehatan tentang dirinya
- f) Memperoleh persetujuan dari klien atau pengganti pengambil keputusan untuk menggunakan dan mengungkapkan informasi kepada orang lain di luar lingkaran perawatan

- g) Mempertahankan catatan kesehatan sesuai dengan kebijakan dan peraturan sebagai bagian dari tanggungjawab perawat
- h) Memastikan penghancuran dokumen yang sudah tidak dipertemukan dengan aman dan menjaga rahasia dokumen tetap terjaga

#### **e. Standar Asuhan Keperawatan**

Menurut Ali (2009), standar asuhan keperawatan adalah pedoman terperinci yang menunjukkan perawatan yang diprediksi dan diidentifikasi dalam situasi yang spesifik. Standar asuhan keperawatan harus menunjukkan asuhan yang menjadi tanggungjawab perawat dalam pemberiannya, dan bukat tingkat ideal asuhan. Standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Ali (2009) menjelaskan tentang standar asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI dengan SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.00.03.2.6.7637 tentang pemberlakuan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, yaitu :

##### **1) Standar I : Pengkajian Keperawatan**

Tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang

kemudian didokumentasikan. Pengumpulan data melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lain yang memberikan perawatan. Data hasil pengkajian dapat dikumpulkan dengan menggunakan format yang sudah baku, bisa menggunakan pendekatan pola fungsional atau menggunakan pendekatan sistem.

## 2) Standar II : Diagnosa Keperawatan

Tahapan ini perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan dengan pertimbangan sebagai berikut :

- a) Proses diagnosa terdiri dari analisis, intepretasi data, identifikasi masalah, perumusan diagnosa keperawatan
- b) Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), dan tanda gejala (*symptom*). masalah (*problem*) adalah uraian kondisi pasien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah tersebut merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya terjadi. Penyebab (*etiologi*),) adalah faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. Etiologi dipakai sebagai pedoman untuk merumuskan intervensi. tanda gejala (*symptom*) data subyektif dan obyektif akan ditemukan, yaitu sebagai komponen pendukung terjadap diagnosa keperawatan. tanda gejala (*symptom*) adalah ciri, tanda

atau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

- c) Bekerjasama dengan pasien, keluarga, serta petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan

### 3) Standar III : Perencanaan Keperawatan

Pada tahap ini perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan data dan diagnosa keperawatan. Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu :

- a) S (*Spesific*), yaitu tidak memberikan makna ganda
- b) M (*Measurable*), yaitu dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan, ataupun dibantu
- c) A (*Achievable*), yaitu cara mencapai
- d) R (*Realistic*), yaitu realistis atau masuk akal
- e) T (*Time*), yaitu waktu pelaksanaan

Menurut Rahayu (2018) dalam penyusunan intervensi keperawatan, perawat berfokus pada empat pokok rumusan yang terdapat di perencanaan, yaitu *Observasi/observasi*, *Nursing threatment/tindakan keperawatan*, *Education/pendidikan kesehatan* , dan *Collaboration/kolaborasi* (ONEC).

#### 4) Standar IV : Implementasi

Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Terdapat tiga jenis implementasi keperawatan yaitu :

##### a) Independent implementation

Adalah implementasi keperawatan diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan. Seperti membantu dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL), mengatur posisi tidur, memberikan pemenuhan kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam.

##### b) Interdependent implementation

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya. Seperti dalam hal pemberian obat oral/injeksi/infus.

##### c) Dependent implementation

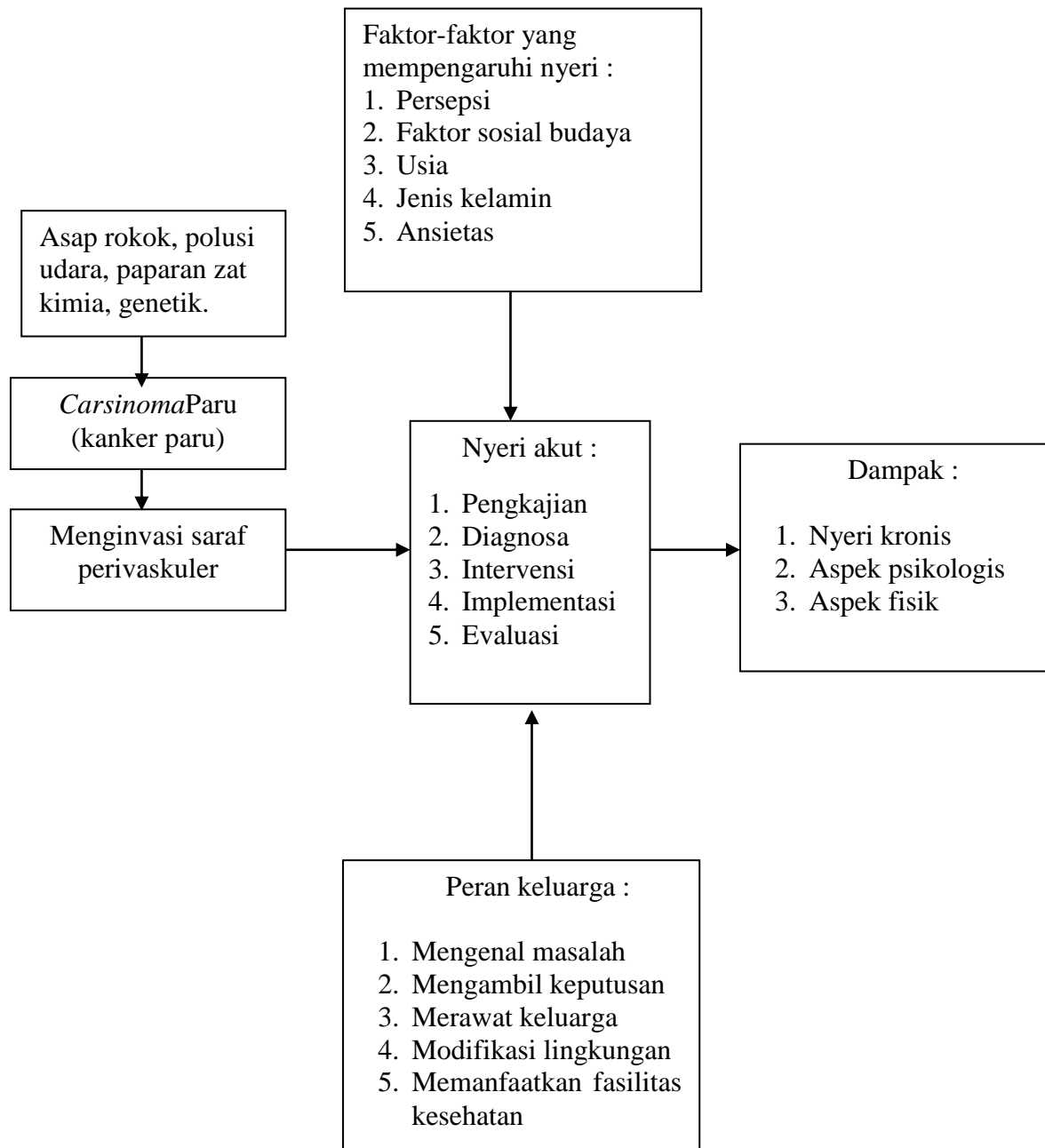
Adalah tindakan keperawatan atas dari rujukan profesi lain/delegasi. Seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog, dll. Seperti dalam hal pemberian nutrisi pada klien dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi.



#### 5) Standar V : Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistemik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan.

## B. Kerangka Teori



Gambar 2.6 Kerangka Teori

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu (Sugiyono, 2017). Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan Asuhan Keperawatan nyeri akut pada Ny. W dengan *Carsinoma* Paru.

##### **B. Objek Penelitian**

Objek penelitian adalah sasaran ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu tentang suatu hal objektif, *valid* dan *reliable* tentang suatu hal (Sugiyono, 2017). Objek dalam studi dokumentasi ini adalah satu data Asuhan Keperawatan yang di lampirkan di dalam Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa yang sudah lulus tahun 2018 Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta.

##### **C. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian adalah situasi dan kondisi lingkungan dan tempat berkaitan dengan masalah penelitian (Iskandar, 2008). Studi dokumentasi ini dilaksanakan di kampus Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta program studi D III Keperawatan pada bulan Februari 2020 sampai dengan bulan Juni

2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah (KTI).

### C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi yang didasarkan pada sifat yang mudah diamati, mempunyai rumusan yang jelas dan pasti serta tidak membingungkan (Sugiyono, 2015). Adapun definisi operasional dari nyeri akut dan pasien dengan *Carsinoma* Paru dijelaskan pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi
1.	Nyeri akut	Nyeri akut adalah nyeri yang berlangsung kurang dari 6 bulan, merupakan suatu keadaan tidak nyaman yang dirasakan oleh pasien yang disebabkan karena adanya kerusakan jaringan, peradangan, prosedur bedah, dan proses penyakit.
2.	Pasien dengan <i>Carsinoma</i> Paru	Pasien dengan <i>Carsinoma</i> Paru adalah pasien yang mengalami gangguan pada sistem pernafasan (paru-paru), yaitu adanya massa di dalam paru-paru disebabkan karena asap rokok, paparan zat kimia, keturunan, ataupun riwayat penyakit pernafasan.

### D. Instrumen Penelitian

Pada studi dokumentasi ini, instrumen penelitian yang digunakan adalah peneliti itu sendiri dan data penerapan standar asuhan keperawatan yang berisi proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan serta dokumentasi keperawatan. Menurut Sugiyono (2015), dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah

peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah pengumpulan data bergantung rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan ( Nursalam, 2015 ).

Teknik pengumpulan data pada studi dokumentasi ini dilakukan dengan menggunakan teknik pengumpulan data sekunder, yaitu peneliti tidak secara langsung melakukan penelitian ataupun mengambil data sendiri, tetapi meneliti atau memanfaatkan dokumen yang dihasilkan oleh pihak lain yang secara langsung melakukan penelitian. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data Asuhan Keperawatan yang dilampirkan di dalam Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa yang sudah lulus tahun 2018 Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

#### **F. Analisa Data**

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan agar mudah dideteksi (Nursalam, 2015). Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan

dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

## **G. Etika Penulisan**

Menurut (Notoatmodjo, 2010), etika penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subyek penelitian), dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Dalam melakukan studi kasus ini, penulis menggunakan etika penulisan yang berprinsip pada etika keperawatan, diantaranya :

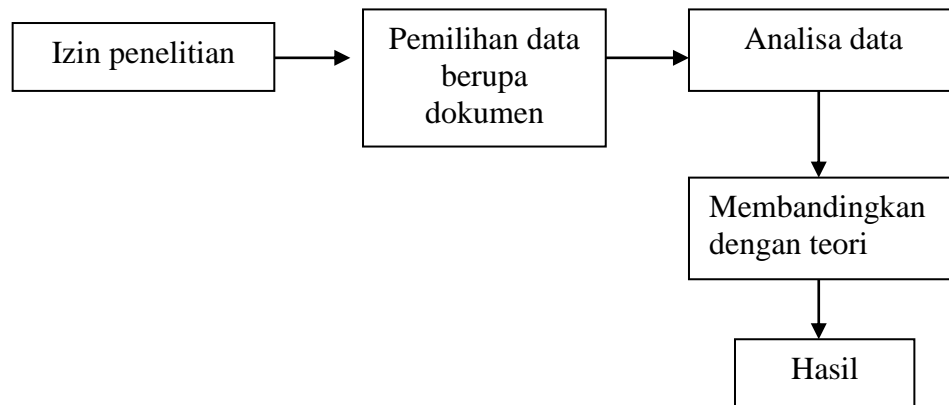
### **1. *Anonimity* (Tanpa nama)**

*Anaonimity* (Tanpa nama) digunakan dalam studi dokumentasi ini dengan cara hanya mencantumkan inisial nama pasien dengan masalah keperawatan utama nyeri akut di Ruang Dahlia 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

### **2. *Confidentiality* (Kerahasiaan)**

*Confidentiality* (Kerahasiaan) merupakan etika keperawatan yang memberikan jaminan kerahasiaan hasil studi dokumentasi pada pasien dengan masalah keperawatan utama nyeri akut di Ruang Dahlia 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, baik mengenai informasi maupun masalah-masalah lain. Semua informasi yang telah terkumpul akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

## H. Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **Gambaran Kasus**

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 23 April 2018 didapatkan data pasien atas nama Ny. W mengatakan bahwa memiliki penyakit *Carsinoma* Paru sejak tahun 2016, pasien pernah dirawat inap pada bulan Oktober 2016 selama 8 hari di RS Pelita dan saat ini pasien sudah menjalani kemoterapi. Keluarga mengatakan 2 minggu sebelum masuk rumah sakit, pasien mengeluhkan nyeri lengan kanan bagian atas dan perut terasa mual. Pada tanggal 18 April 2018 keluarga membawa pasien ke poli paru untuk kontrol dan menjalani kemoterapi yang ke-18, namun karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk dilakukan kemoterapi, maka oleh dokter pasien harus menjalani rawat inap. Pada tanggal 18 April 2018 pukul 15.00 WIB pasien dipindahkan ke Bangsal Dahlia 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan Diagnosa Medis *Diabetes Mellitus* Tipe 2 disertai *Carsinoma* Paru Stadium IV.

Pasien memiliki riwayat penyakit *Diabetes Mellitus* sejak 6 tahun yang lalu namun terkontrol pengobatannya. Di dalam keluarga pasien tidak ada riwayat penyakit *Carsinoma* Paru seperti yang saat ini diderita pasien, hanya saja anak pasien yang nomor 2 pernah mengalami sesak nafas sejak bayi namun sudah sembuh setelah anak menginjak SMA. Keluarga mengatakan ada riwayat penyakit *Diabetes Mellitus* yaitu ibu kandung pasien.



Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2018 pasien mengeluhkan nyeri di bagian dada kanan atas dan menjalar sampai ke punggung karena adanya kanker paru. Nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7 (0-10), dan nyeri hilang timbul. Hasil dari pengukuran tanda-tanda vital didapatkan hasil Tekanan Darah=130/80mmHg, Nadi= 104 x/mnt, Suhu= 36,8°C, dan Respirasi=28 x/mnt. Pemeriksaan fisik yang dilakukan palpasi pada bagian dada terdapat nyeri tekan dibagian dada kanan atas. Pasien tampak gelisah dan merintih kesakitan. Hasil pemeriksaan Rotgen Thorax didapatkan interpretasi Atelektasis Dextra, Hidropneumothorax Dextra, besar cor normal, dan tak tampak bone metastase pada sistema tulang yang tervisualisasi. Pasien mendapatkan terapi obat analgetik (Tramadol 50mg/kp).

Berdasarkan data hasil pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (adanya massa di paru) ditandai dengan Data Subjektif (DS) : pasien mengatakan mempunyai penyakit *Carsinoma* Paru sejak tahun 2016. Pasien mengeluhkan nyeri di bagian dada kanan atas dan menjalar sampai ke punggung karena adanya kanker paru. Nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7 (0-10), dan nyeri hilang timbul. Data Objektif (DO) : Tekanan Darah=130/80mmHg, Nadi= 104 x/mnt, Suhu= 36,8°C, dan Respirasi=28 x/mnt. Pemeriksaan fisik yang dilakukan palpasi pada bagian dada terdapat nyeri tekan dibagian dada kanan atas. Pasien tampak gelisah dan merintih kesakitan. Hasil pemeriksaan Rotgen Thorax didapatkan interpretasi Atelektasis Dextra,

Hidropneumothorax Dextra, besar cor normal, dan tak tampak bone metastase pada sistema tulang yang tervisualisasi. Pasien mendapatkan terapi obat analgetik (Tramadol 50mg/kp).

Perencanaan keperawatan yang dibuat pada pasien *Carsinoma* Paru dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu *Nursing Outcome Classification* (NOC) : *Pain Control* : mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri), melaporkan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi skala 5, dan Tanda-Tanda Vital dalam batas normal (TD = 120/80 mmHg, N= 80-90 x.mnt, R= 18-24x/mnt). *Nursing Intervensi Classification* (NIC) : *Pain Management* : kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, dan faktor presipitasi, observasi ketidaknyamanan pasien, monitor TTV, kolaborasi dengan fisioterapi untuk fisioterapi dada, dan kolaborasi dengan dokter untuk program analgetik (Tramadol 50mg/kp).

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam mulai tanggal 23 April 2018-25 April 2018 pada pasien dengan *Carsinoma* Paru yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif, mengobservasi ketidaknyamanan pasien, memonitor TTV, dan mengelola program pemberian obat analgetik (Tramadol 50mg/kp).

Evaluasi keperawatan dari pelaksanaan tindakan keperawatan selama 3x24 jam yaitu nyeri akut teratasi sebagian. Dari 3 kriteria hasil yang ditetapkan ada 1 yang sudah tercapai yaitu tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan Darah 120/80 mmHg, Nadi 90x/mnt, dan Respirasi

29x/mnt) dan ada 2 kriteria hasil yang belum tercapai yaitu mampu mengontrol nyeri dan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi skala 5.

Dokumentasi Keperawatan yang dilakukan dari pengkajian didapatkan data dari pasien dan tenaga kesehatan yang merawat pasien. Rumusan diagnosa keperawatan yang dilakukan meliputi *Problem* (P), *Etiologi* (E), dan *Symptom* (S). Penyusunan perencanaan keperawatan dalam menentukan kriteria hasil belum SMART (Spesifik, Measurable, Achievable, Realistic, dan Time) dan pada penyusunan perencanaan keperawatan dalam menentukan rencana tindakan belum ONEC (Observasi, Nursing Threatment, Edukation, dan Collaboration). Dalam melakukan setiap tindakan sudah diberikan tanggal pelaksanaan dan juga tanda tangan nama terang yang melakukan. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan mencakup pelaksanaan independen dan interdependen. Evaluasi keperawatan dilakukan setiap akhir shift (SOAP). Tidak ditemukan bukti dokumentasi keterlibatan peran keluarga selama proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

## B. Pembahasan

### a. Pengkajian Keperawatan

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa Ny. W berjenis kelamin perempuan. Hal ini sesuai dengan teori Black & Hawks (2014), bahwa 80% perempuan yang mengalami *Carsinoma* Paru dapat disebabkan karena pernah menjadi perokok atau menghirup asap rokok (perokok pasif). Rokok mengandung lebih dari 4000 bahan kimia, diantaranya telah diidentifikasi dapat menyebabkan kanker paru. Kejadian *Carsinoma* Paru pada perokok dipengaruhi usia mulai merokok, jumlah rokok yang dihirup setiap hari, lamanya kebiasaan merokok, dan lamanya berhenti merokok. Semakin banyak orang yang merokok, semakin banyak orang yang menghirup asap rokok tersebut meskipun tidak merokok (perokok pasif) yang merupakan faktor risiko terjadinya kanker paru.

Didukung penelitian yang dilakukan Ernawati et al (2019) tentang faktor risiko kanker paru pada perempuan yang dirawat di bagian paru RSUP Dr. M. Djamil Padang dan RSUD Solok : penelitian case control menjelaskan bahwa kanker paru bisa terjadi pada perempuan dikarenakan paparan asap rokok lingkungan yang mempunyai peran secara alamiah terhadap etiopatogenesis kanker paru. Asap rokok lingkungan termasuk paparan asap dari orang tua, pasangan dan tempat kerja. Dengan hasil perempuan yang terpapar asap rokok dari orang tua sebanyak (73,9%), pasangan perokok sebesar (69,6%), dan tempat kerja sebesar (8,7%). Perempuan yang terpapar asap rokok dari orang tua memiliki risiko

*Carsinoma* Paru sebesar 13,46 kali, terpapar asap rokok suami memiliki risiko *Carsinoma* Paru 2,97 kali, dan yang terpapar asap rokok ditempat kerja pada kelompok kasus dan kontrol 2,10 kali. Teori lain menjelaskan bahwa *Carsinoma* Paru banyak terjadi pada laki-laki. Menurut teori yang dikemukakan oleh Wijaya & Putri (2013), jenis kelamin laki - laki memiliki resiko lebih besar daripada perempuan karena laki-laki memiliki kebiasaan merokok dengan jumlah lebih besar. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ananda et al (2018) tentang hubungan staging kanker paru dengan skala nyeri pada pasien kanker paru yang dirawat di bagian paru RSUP DR M Djamil Padang menyatakan bahwa pasien *Carsinoma* Paru terbanyak adalah laki-laki (84,8%).

Kanker paru lebih banyak ditemukan pada jenis kelamin laki-laki karena kebiasaan merokok yang lebih sering daripada perempuan. Laki-laki mempunyai mobilitas tinggi sehingga lebih banyak terpapar bahan karsinogenik seperti asap rokok, bahan industri di lingkungan kerja, maupun polusi udara. Menurut Firdaus (2010), rata - rata merokok dilakukan oleh kebanyakan laki- laki dipengaruhi faktor psikologi meliputi rangsangan sosial melalui mulut, ritual masyarakat, menunjukkan kejantanan, mengalihkan diri dari kecemasan dan kebanggaan diri. Selain faktor psikologi juga dipengaruhi oleh faktor fisiologi yaitu adiksi tubuh terhadap bahan yang dikandung rokok seperti nikotin atau disebut juga kecanduan nikotin.

Dari hasil pengkajian didapatkan data usia Ny. W yaitu 59 tahun. Menurut Jusuf et al (2018) dalam Ernawati et al (2019), risiko *Carsinoma* Paru meningkat dengan bertambahnya usia. Kerusakan sel yang terjadi sebelumnya membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk berkembang menjadi kanker. Semakin bertambah usia maka semakin lama kemungkinan terpapar dengan berbagai faktor risiko untuk terjadinya kanker paru. Hal ini sesuai dengan teori Wijaya & Putri (2013) bahwa usia mempengaruhi seseorang yang terkena penyakit kanker paru. Hal ini dikarenakan kanker paru jarang terjadi pada orang yang lebih muda dari 45 tahun. Sejalan dengan penelitian Apdani (2011) tentang karakteristik penderita *Carsinoma* Paru yang dirawat inap di bangsal paru Rumah Sakit Umum Dr. Soedarso Pontianak, hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia kanker paru paling banyak terdapat pada pasien berusia  $\geq 40$  tahun (76,7 %). Penderita *Carsinoma* Paru lebih banyak ditemukan pada usia  $\geq 40$  tahun disebabkan pajanan atau inhalasi suatu zat yang bersifat karsinogenik yang berkepanjangan. Zat karsinogen ini dapat berasal dari lingkungan kerja maupun rumah. Efek zat karsinogenik akan muncul setelah beberapa tahun dan resiko terbesar mulai pada usia 40 tahun.

Didapatkan data bahwa Ny. W pendidikan terakhir SD. Pendidikan dapat memberikan pengaruh besar terhadap pengetahuan tentang *Carsinoma* Paru. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi diharapkan dapat mengetahui faktor risiko *Carsinoma* Paru sehingga berupaya

menghindarkan diri seperti dari paparan asap rokok. Menurut penelitian Herlina et al (2014) tentang hubungan riwayat merokok dengan stadium *Carsinoma* Paru didapatkan karakteristik responden berdasarkan status pendidikan yang terbanyak adalah tingkat pendidikan SD yang berjumlah 15 responden (45.5%). Rendahnya tingkat pendidikan seseorang akan menyulitkan seseorang untuk memahami masalah yang terjadi. Latar belakang pendidikan merupakan variabel penting yang menentukan penyerapan informasi oleh penderita *Carsinoma* Paru dan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam mengubah perilaku terhadap kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tersedia. (Lawson et al, 2009 dalam Mulyani et al, 2014).

Pekerjaan merupakan salah satu faktor risiko seseorang terserang *Carsinoma* Paru. Pekerjaan Ny. W adalah petani. Menurut teori yang dikemukakan oleh Wijaya & Putri (2013), bahwa risiko kanker paru di antara pekerja yang terkena paparan industri/zat karsinogen kira-kira 10 kali lipat lebih besar daripada masyarakat umum dan risiko terkena kanker paru meningkat jika orang tersebut juga merokok. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Mulyani et al (2014) tentang hubungan karakteristik penderita dengan gambaran sitopatologi pada kasus karsinoma paru yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang menyatakan bahwa penderita *Carsinoma* Paru terbanyak berasal dari jenis pekerjaan yang terpapar karsinogen. Adapun karsinogen yang memicu kejadian *Carsinoma* Paru berasal dari polusi udara dalam ruangan akibat

pembakaran batu bara dan biomassa, agen di lingkungan pekerjaan seperti radon dan asbestos, logam berat seperti arsen, kadmium, kromium, nikel, polutan lingkungan yang berasal dari limbah berbahaya, emisi industri, dan pestisida pertanian. Presentase terbesar jenis pekerjaan yang terpapar oleh karsinogen adalah petani (46,6%).

Data hasil dari pengkajian didapatkan bahwa Ny. W mengalami sakit *Carsinoma* Paru sejak tahun 2016. Dan saat dilakukan pengkajian Ny. W mengeluhkan nyeri pada dada bagian kanan atas dan menjalar sampai ke punggung karena adanya kanker paru. Nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7 (0-10), nyeri hilang timbul, dan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan palpasi pada bagian dada terdapat nyeri tekan dada kanan atas. Menurut Wijaya & Putri (2013), manifestasi klinis pasien dengan *Carsinoma* Paru salah satunya yaitu nyeri dada ataupun nyeri pada bagian yang metastase. Nyeri merupakan gejala yang timbul akibat *Carsinoma* Paru dan kemoterapi yang sangat mengganggu aktivitas sehari-hari. Sesuai dengan teori Black & Hawks (2014) nyeri dada, bahu, lengan dan punggung dapat muncul saat kanker menginvasi saraf-saraf perivaskular. Didukung penelitian Ananda et al (2018) tentang Hubungan Staging Kanker Paru dengan Skala Nyeri pada Pasien Kanker Paru yang dirawat di bagian paru RSUP DR M Djamil Padang bahwa nyeri adalah keluhan utama yang sering dikeluhkan pasien. Pasien *Carsinoma* Paru banyak didiagnosis pada stage lanjut (stage III dan IV). Pasien yang ditemukan pada stage ini cenderung memiliki banyak keluhan dan



komplikasi akibat kanker yang dialaminya. Keluhan ini disebabkan oleh gangguan yang diakibatkan oleh sel kanker tersebut ke daerah sekitar, maupun akibat dari metastasis sel tersebut ke bagian tubuh lainnya dan didapatkan hasil bahwa nyeri yang dirasakan pasien untuk nyeri ringan (28,8%), nyeri sedang (51,5%), dan nyeri berat (19,7%)

Menurut Black & Hawks (2014), Pengukuran skala nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) skala 7 (0-10) diinterpretasikan sebagai nyeri berat yang dirasakan oleh pasien. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Ananda et al (2018) tentang hubungan staging kanker paru dengan skala nyeri pada pasien kanker paru yang dirawat di bagian paru RSUP Dr. M. Djamil Padang bahwa pasien *Carsinoma* Paru yang mempunyai keluhan nyeri merasakan keluhannya tiap orang berbeda tergantung ambang nyeri yang dimiliki. Seseorang yang tidak atau sedikit memberikan reaksi pada suatu rangsangan nyeri dikatakan memiliki batas ambang nyeri yang tinggi. Sedangkan seseorang yang memberikan reaksi berlebihan terhadap rangsangan nyeri yang sama dikatakan memiliki batas ambang nyeri yang rendah. Jika suatu rangsangan nyeri telah melewati batasan ambang nyeri, maka seseorang akan merasakan nyeri yang berat. Nyeri yang dirasakan oleh individu dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu persepsi nyeri, faktor sosial budaya, usia, jenis kelamin, dan ansietas (Black & Hawks, 2014).

Pengukuran tanda – tanda vital Ny. W didapatkan hasil Tekanan Darah=130/80mmHg, Nadi= 104 x/mnt, dan Respirasi=28 x/mnt serta pasien tampak gelisah dan merintih kesakitan. Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa tekanan darah dalam batas normal, sedangkan nadi dan respirasi pasien melebihi batas normal. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Jackson, M & Jackson, L (2011) untuk tekanan darah normal dewasa tekanan sistolik <120-139mmHg dan tekanan diastolik <80-89mmHg, frekuensi nadi normal dewasa 60-100 x/mnt (>100 x/mnt takikardi), dan frekuensi pernafasan normal dewasa 16-24 x/mnt (>24x/mnt takipnea). Nyeri mengakibatkan respon fisik yang dapat diobservasi dari pasien seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, takikardi, takipnea, melindungi bagian tubuh yang nyeri, dan fokus pada nyeri.

Sama dengan teori Mubarak et al (2015) pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke batang otak dan thalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stress. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respons fisiologis seperti dilatasi saluran bronkial dan peningkatan respirasi, peningkatan detak jantung, vasokonstriksi perifer, peningkatan tekanan darah, peningkatan kekuatan otot, dan dilatasi pupil. Dalam pengkajian keperawatan yang dilakukan tidak ditemukan bukti dokumentasi keterlibatan peran anggota keluarga.

#### b. Diagnosa Keperawatan

Hasil analisa data pada Ny. W masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis. Menurut SDKI DPP PPNI (2017), nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut ditandai dengan tanda dan gejala tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Wijaya & Putri (2013) bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien *Carsinoma* Paru salah satunya yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (adanya massa di paru). Nyeri dada, bahu, lengan dan punggung dapat muncul saat kanker menginvasi saraf-saraf perivaskular (Black & Hawks, 2014).

#### c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan dalam SLKI DPP PPNI (2018) dan SIKI PPNI (2018) yaitu untuk luaran utama : tingkat nyeri (L.08066) dan untuk intervensi utama : manajemen nyeri (I. 08238). Hal ini sudah sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah dibuat. Rencana keperawatan pada Ny. W meliputi tujuan (NOC) yaitu *Pain Control* :

mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri), melaporkan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi skala 5, dan Tanda-Tanda Vital dalam batas normal (TD = 120/80 mmHg, N= 80-90 x.mnt, R= 18-24x/mnt) dan intervensi (NIC). *Pain Management* : kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, dan faktor presipitasi, observasi ketidaknyamanan pasien, monitor Tanda-Tanda Vital (TTV), kolaborasi dengan fisioterapi untuk fisioterapi dada, dan kolaborasi dengan dokter untuk program analgetik (Tramadol 50mg/kp).

Namun, dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat, terdapat ketidaksesuaian antara kriteria hasil dan intervensi keperawatan yang akan dilaksanakan, yaitu pada kriteria hasil pasien mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri) tidak terdapat intervensi keperawatan yang ditetapkan untuk mencapai tujuan tersebut.

Menurut Doengoes et al (2015), tindakan yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri) yaitu berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan dengan penggunaan tehnik non farmakologi. Menurut Black & Hawks (2014) tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk manajemen nyeri dengan tehnik non farmakologi yaitu tehnik relaksasi nafas dalam, distraksi, *guided imagery*, dan terapi musik. Didukung dengan penelitian Rampengan et al (2014) tentang pengaruh tehnik relaksasi dan tehnik distraksi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post operasi di

Ruang Irina A atas RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado bahwa tehnik relaksasi dapat menimbulkan rasa nyaman bagi pasien. Adanya rasa nyaman inilah yang menyebabkan timbulnya toleransi terhadap nyeri yang dirasakan. Sedangkan tehnik distraksi dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

Dalam perencanaan keperawatan yang dilakukan tidak ditemukan bukti dokumentasi keterlibatan peran anggota keluarga.

#### d. Pelaksanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilaksanakan kepada Ny. W sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan menurut SLKI DPP PPNI (2018) dan SIKI DPP PPNI (2018) dan teori Doengoes et al (2015).

Pelaksanaan keperawatan pada Ny. W dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis dilaksanakan selama 3x24 jam. Pelaksanaan yang pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, dan faktor presipitasi. Tindakan ini dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Menurut Black & Hawks (2014), pengkajian nyeri yang dilakukan secara komprehensif bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab nyeri, untuk memahami persepsi pasien tentang nyeri, untuk mengukur karakteristik nyeri, untuk memutuskan tingkatan nyeri sehingga perawat mengerti pengalaman nyeri yang dirasakan oleh pasien dan merencanakan tindakan untuk

menangani nyeri agar pasien dapat meneruskan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Living*).

Pelaksanaan selanjutnya yaitu mengobservasi ketidaknyamanan pada pasien dan memonitor tanda-tanda vital yang dilakukan setiap shift selama 3x24 jam. Menurut Black & Hawks (2014), nyeri yang dirasakan oleh pasien akan menimbulkan berbagai respon fisik dan perilaku yang dapat diobservasi seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, peningkatan atau penurunan denyut nadi, peningkatan frekuensi nafas, dilatasi pupil, kelemahan dan penurunan kesadaran (respon fisiologis), gelisah, meringis, menangis, merintih, menggertakkan gigi, menutup mata dengan rapat, fokus terhadap nyeri, tingkat perhatian menurun, dan gangguan pada pola tidur (respon perilaku). Tujuan mengobservasi untuk mengetahui perkembangan mengenai kondisi pasien dari program pengobatan yang telah diberikan.

Pelaksanaan yang ketiga adalah mengelola program pemberian analgetik (Tramadol 50mg/kp) yang hanya diberikan 1x pada hari Senin, 23 April 2018 pukul 12.00 WIB. Hal ini kemungkinan disebabkan karena nyeri yang dirasakan oleh pasien hilang timbul. Menurut Black & Hawks (2014), dalam penanganan nyeri pada pasien dapat menggunakan terapi farmakologi, yaitu pemberian terapi untuk mengontrol nyeri dengan pemberian obat analgetik. Analgetik adalah obat yang berfungsi untuk meredakan nyeri. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Ramadani et al (2017) tentang gambaran penggunaan analgetik pada pasien rawat inap

intensif di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau menyatakan bahwa penggunaan analgetik opioid terbanyak yang digunakan adalah tramadol karena efek samping lebih sedikit dibanding analgetik opioid lainnya. Tramadol umumnya diberikan untuk mengontrol nyeri sedang sampai berat pada pasien dewasa.

Dalam pelaksanaan selama 3x24 jam ada satu rencana tindakan yang tidak dilaksanakan yaitu kolaborasi dengan fisioterapi untuk melakukan tindakan fisioterapi dada. Tindakan ini tidak sesuai untuk dilakukan dalam usaha manajemen nyeri kepada pasien dengan masalah keperawatan nyeri. Menurut Bulechek & Butcher (2013) dalam Tahir et al (2019) menyatakan bahwa fisioterapi dada dilakukan pada pasien yang mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Berdasarkan *Nursing Intervention Clasification* (NIC), salah satu intervensi mandiri yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi masalah tersebut adalah fisioterapi dada dan mengajarkan teknik batuk efektif. Sedangkan keberhasilan intervensi ini dinilai berdasarkan kepatenan jalan napas yang terdiri dari empat kriteria hasil yaitu frekuensi napas, irama napas, suara napas tambahan, dan kemampuan mengeluarkan sputum.

Dalam pelaksanaan keperawatan yang dilakukan tidak ditemukan bukti dokumentasi keterlibatan peran anggota keluarga.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hasil yang dilakukan pada Kamis, 26 April 2018 pukul 07.00 WIB masalah keperawatan nyeri akut Ny. W pada studi dokumentasi ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (adanya massa di paru) teratasi sebagian. Hal ini dikarenakan dari tiga kriteria hasil yang telah dibuat, hanya ada satu kriteria yang tercapai yaitu tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan Darah 120/80 mmHg, Nadi 90x/mnt, dan Respirasi 29x/mnt) dan ada dua kriteria belum tercapai yaitu yaitu mampu mengontrol nyeri dan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi skala 5. Menurut Jackson, M & Jackson, L (2011) tanda vital dewasa dikatakan normal apabila tekanan darah normal dewasa tekanan sistolik <120-139mmHg dan tekanan diastolik <80-89mmHg, frekuensi nadi normal dewasa 60-100 x/mnt (>100 x/mnt takikardi), dan frekuensi pernafasan normal dewasa 16-24 x/mnt (>24x/mnt takipnea).

Dalam studi dokumentasi ini pada evaluasi hasil diketahui respirasi pasien 29 x/mnt yang menunjukkan bahwa respirasi pasien tidak normal, sehingga kriteria hasil tanda-tanda vital pasien seharusnya belum tercapai. Menurut Estrada (2014) dalam Ekowati (2019), penderita *Carsinoma* Paru dapat mengalami gangguan pada saluran pernafasan seperti adanya sumbatan jalan nafas dan nafas tidak efektif karena pertumbuhan sel abnormal di lapisan epitel cabang-cabang bronkus.



Berdasarkan pembahasan tersebut diketahui bahwa dari 3 kriteria hasil yang ditetapkan dalam studi kasus ini semuanya belum tercapai, sehingga seharusnya evaluasi hasil untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis belum teratasi.

Dalam evaluasi keperawatan yang dilakukan tidak ditemukan adanya bukti dokumentasi keterlibatan peran anggota keluarga.

f. Dokumentasi Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. W melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang dari tenaga kesehatan lain yang memberikan perawatan kepada pasien. Hal ini sudah sesuai dengan teori yang disampaikan Depkes RI dalam Ari (2009) bahwa data pengkajian dapat diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang kemudian didokumentasikan. Pengumpulan data melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lain yang memberikan perawatan.

Perumusan diagnosa keperawatan yang dituliskan pada dokumentasi asuhan keperawatan Karya Tulis Mahasiswa (KTI) yang lulus tahun 2018 ini sudah sesuai dengan teori. Menurut Depkes RI dalam Ari (2009), komponen dari diagnosa keperawatan meliputi *Problem*, *Etiologi*, serta *Symptom* (P+E+S). *Problem* (masalah) adalah uraian kondisi pasien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah tersebut merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya terjadi. *Etiologi* (penyebab) adalah

faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. Etiologi dipakai sebagai pedoman untuk merumuskan intervensi. *Symptom* (tanda dan gejala) data subyektif dan obyektif akan ditemukan, yaitu sebagai komponen pendukung terjadap diagnosa keperawatan. *Symptom* (tanda dan gejala) adalah ciri, tanda atau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

Menurut Olfah & Ghofur (2016), dalam penyusunan perencanaan keperawatan untuk menentukan kriteria hasil mencakup SMART. S (*Spesific*), yaitu tidak memberikan makna ganda, M (*Measurable*), yaitu dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan, ataupun dibantu, A (*Achievable*), yaitu cara mencapai, R (*Realistic*), yaitu realistis atau masuk akal, dan T (*Time*) yaitu waktu . Dalam penentuan kriteria hasil asuhan keperawatan yang telah dibuat belum memenuhi seluruh komponen SMART. Hal ini dibuktikan bahwa yang sudah memenuhi komponen yaitu M (*Measurable*) pada TTV dan skala nyeri dari skala 7 menjadi skala 5. R (*Realistic*) dan T (*Time*), yaitu dalam waktu 3x24 jam yang ingin dicapai dari skala 7 menjadi skala 5 masuk akal. Jadi komponen yang belum ada yaitu S (*Spesific*) dan A (*Achievable*).

Pada penyusunan perencanaan keperawatan mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan belum mencakup ONEC (*Observasi, Nursing threatme, Education, dan Collaboration*), tetapi hanya mencakup observasi dan kolaborasi. Untuk tindakan observasi yaitu observasi nyeri

secara komprehensif, monitor TTV, dan observasi ketidaknyamanan pasien. Untuk tindakan kolaborasi yaitu kolaborasi dengan fisioterapi dada dan kolaborasi dengan dokter dalam program pemberian analgetik (Tramadol 50 mg/kp). Perencanaan keperawatan yang belum ada yaitu *nursing threatment* dan edukasi. Seharusnya dalam penyusunan intervensi keperawatan harus mencakup ONEC. Hal ini disampaikan oleh Rahayu (2018) bahwa dalam penyusunan intervensi keperawatan, perawat berfokus pada empat pokok rumusan yang terdapat di perencanaan, yaitu *Observasi/observasi*, *Nursing threatment/tindakan* keperawatan, *Education/pendidikan* kesehatan, dan *Collaboration/kolaborasi* (ONEC).

Dalam penulisan hari, tanggal, jam, dan pencantuman nama serta tanda tangan perawat yang melakukan tindakan sudah dilaksanakan setiap kali selesai tindakan. Hal ini sesuai dengan teori Olfah & Ghofur (2016) bahwa pendokumentasian keperawatan dilakukan segera mungkin setelah tindakan perawatan dilakukan, penulisan tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan perawatan, serta memberikan nama tanda tangan lengkap atau inisial, dan gelar profesional dengan semua dokumentasi.

Pelaksanaan yang dilakukan sudah mencakup pelaksanaan independen dan interdependen namun tidak ditemukan tindakan dependen. Tindakan independen pada studi dokumentasi ini adalah observasi nyeri secara komprehensif, monitor TTV, dan observasi ketidaknyamanan pasien. Tindakan interdependen yaitu kolaborasi

dengan dokter untuk program pemberian analgetik. Hal ini belum sesuai dengan teori Potter & Perry (2015) bahwa pelaksanaan tindakan keperawatan dibagi menjadi tiga yaitu independen (mandiri), interdependen (kolaborasi), dan dependen (delegasi).

Pada bagian evaluasi, sudah dilaksanakan evaluasi formatif yang dilakukan setiap selesai tindakan dan evaluasi sumatif yang dilakukan setiap akhir shift agar dapat menyimpulkan masalah keperawatan sudah teratasi, teratasi sebagian atau belum teratasi dengan metode SOAP yaitu S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), dan P (Planning) (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Berdasarkan studi dokumentasi yang dilakukan pada Ny.W, peneliti tidak menemukan bukti dokumentasi keperawatan keterlibatan keluarga dalam asuhan keperawatan pasien. Seharusnya keluarga dilibatkan dalam proses perawatan pasien. Menurut Ndore et al (2017), dukungan keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu anggota keluarga dalam menyelesaikan semua masalah yang dihadapi, termasuk penyakit yang sedang dialami. Apabila ada dukungan dari keluarga, maka rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat. Seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak mendapatkan dukungan.

Menurut penelitian yang dilakukan Wahyuni dan Daryati (2016) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan mengikuti

kemoterapi pada pasien kanker serviks di RSUD Dr. Moewardi Surakarta menjelaskan bahwa dukungan keluarga secara instrumental merupakan dukungan yang langsung dan nyata (22,4%). Dukungan yang diberikan dapat berupa penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, makanan, barang serta pelayanan. Dukungan ini dapat membantu individu mengurangi tekanan karena dapat langsung digunakan untuk memecahkan masalah yang berhubungan dengan materi. Selain itu dukungan emosional dari keluarga juga sangat penting (21,2%). Bentuk dukungan keluarga secara emosional yang dapat diberikan seperti ekspresi empati, simpati dan perhatian terhadap individu. Dukungan tersebut dapat memberikan rasa nyaman, aman dan dicintai agar individu dapat menghadapi masalah dengan baik.

Tidak ada bukti dokumentasi keperawatan tentang keterlibatan peran keluarga dalam asuhan pasien, ini dapat disebabkan oleh beberapa kemungkinan salah satunya di perencanaan keperawatan tidak ada rencana tindakan untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dialami pasien maupun tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yang dilakukan oleh pasien.

### C. Keterbatasan Studi Dokumentasi

1. Keterbatasan studi dokumentasi yang dilakukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hanya menggunakan satu data KTI mahasiswa Akper YKY dan tidak dapat memilih, serta penyusunan KTI ini dalam bentuk studi dokumentasi sehingga tidak mendapatkan pengalaman secara nyata dalam penanganan nyeri akut pada pasien dengan *Carsinoma* Paru.
2. Keterbatasan dalam proses bimbingan yang dilakukan secara online sehingga terkadang perlu waktu yang cukup lama untuk memahami apa yang disampaikan oleh pembimbing karena tidak sejelas seperti tatap muka secara langsung dan sering terhambat karena jaringan internet yang kurang baik.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan studi dokumentasi yang dilakukan mengenai Gambaran Nyeri Akut Pada Ny. W Dengan *Carsinoma* Paru dapat disimpulkan bahwa :

1. Pengkajian keperawatan yang didapatkan data dari Ny. W dengan *Carsinoma* Paru berumur 59 tahun, pendidikan terakhir SD, dan pekerjaan sebagai seorang petani. Nyeri yang dirasakan oleh Ny. W termasuk nyeri berat (skala 7 dari 10), hilang timbul, seperti ditusuk-tusuk dan menjalar sampai ke punggung disertai dengan perubahan tanda-tanda vital. Pemeriksaan fisik yang dilakukan palpasi pada bagian dada terdapat nyeri tekan dibagian dada kanan atas. Pasien tampak gelisah dan merintih kesakitan. Hasil pemeriksaan Rotgen Thorax didapatkan intepretasi Atelektasis Dextra, Hidropneumothorax Dextra, besar cor normal, dan tak tampak bone metastase pada sistema tulang yang tervisualisasi. Pasien mendapatkan terapi obat analgetik (Tramadol 50mg/kp). Dalam pengkajian yang dilakukan, tidak ditemukan bukti dokumentasi keterlibatan peran anggota keluarga

2. Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan yang dilakukan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (adanya massa di paru)
3. Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut dengan tujuan pasien mampu menunjukkan *Pain Control* dan dengan intervensi yang dilakukan adalah *Pain Management*. Terdapat ketidaksesuaian antara kriteria hasil dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan. Dalam perencanaan keperawatan yang dilakukan tidak terdapat bukti dokumentasi keterlibatan peran keluarga.
4. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, dan faktor presipitasi, mengobservasi ketidaknyamanan pasien, memonitor TTV, mengelola program analgetik (Tramadol 50mg/IV), dan ada salah satu perencanaan keperawatan yang tidak dilaksanakan yaitu berkolaborasi dengan fisioterapi untuk fisioterapi dada, dan dalam pelaksanaan keperawatan tidak ditemukan bukti dokumentasi peran keluarga.
5. Evaluasi keperawatan telah dilakukan terhadap pelaksanaan keperawatan pada Ny. W diperoleh evaluasi hasil bahwa masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi dan tidak ditemukan bukti dokumentasi peran keluarga dalam evaluasi hasil yang dilakukan.
6. Dokumentasi keperawatan yang dilakukan pada dasarnya sudah sesuai teori, namun ada beberapa yang belum sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yaitu kurangnya komponen SMART di kriteria hasil,



kurangnya komponen ONEC pada susunan intervensi, dan tidak ada bukti dokumentasi peran keluarga selama proses asuhan pasien mulai dari pengkajian perencanaan pelaksanaan dan evaluasi.

## **B. Saran**

1. Berdasarkan pengalaman yang telah didapatkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini, maka penulis menyampaikan saran bagi mahasiswa Akper YKY Yogyakarta, agar meningkatkan kualitas dalam penyusunan KTI sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang meliputi proses keperawatan dan dokumentasi keperawatan, sehingga akan diperoleh hasil dokumen KTI yang lengkap dan benar.
2. Lakukan dan tingkatkan keterlibatan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien disertai dengan pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap dan benar sesuai standar mulai dari kegiatan pengkajian keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, A., Sagiran.,& Sumaryani, S. (2018). Pengaruh Mendengarkan Asmaul Husna Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Yang Menjalani Kemoterapi Di RSUD Kota Yogyakarta. *Jurnal Dinamika Kesehatan*, Volume 9 Nomor 2 diakses dari <https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/378/332> (BAB I)
- Ari, Z. (2009). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC (BAB II)
- Ananda,R.,Ermayanti, S.,& Abdiana. (2018). Hubungan Staging Kanker Paru dengan Skala Nyeri pada Pasien Kanker Paru yang Dirawat di Bagian Paru RSUP DR M Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. Diakses pada 14 April 2020, dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/898> (BAB I, IV)
- Anggraeni, K.,Sarwono, B.,& Sunarmi. (Juli, 2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Tentara Dr. Soedjono Magelang. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. Diakses dari <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/issue/view/193> (BAB II)
- Apdani, R. (2011). *Karakteristik Penderita Kanker Paru Yang Dirawat Inap Di Bangsal Paru Rumah Sakit Umum Dr. Soedarso Pontianak Periode 1 Januari 2006 – 31 Desember 2010*. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Tanjungpura Pontianak (BAB IV)
- Behl, D.,Hendrickson, A.,& Moynihan, T.(2016). *Oncologic Emergency*. Singapore : Elsevier (BAB I)
- Black, J.,& Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medika Bedah : Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Singapore : Elsevier (BAB I,II,IV)
- Dani. (2018). Asuhan keperawatan Ny. W Dengan *Diabetes Mellitus* Tipe II Disertai *Carsinoma* Paru. Karya Tulis Ilmiah (KTI) Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta
- Danusantoso, H. (2012). *Buku Ajar Penyakit Paru*. Jakarta : Hipokrates (BAB I)
- Dermawan, D.(2012). *Proses keperawatan : penerapan konsep & kerangka kerja*. Yogyakarta : Gosyen Publishing (BAB II)
- Dion, Y.,& Betan. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Konsep Dan Praktek*. Yogyakarta : Nuha Medika (BAB II)

- Doengoes, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2015). *Manual Diagnosis Keperawatan : Rencana, Intervensi & Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. EGC : Jakarta (BAB II)
- Ernawati, Y., Ermayanti<sup>2</sup>, S., Herman, D., & Russilawati. (2019). Faktor Risiko Kanker Paru pada Perempuan yang Dirawat di Bagian Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang dan RSUD Solok: Penelitian Case Control. *Jurnal Kesehatan Andalas*. Diakses pada 14 April 2020 dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id> (BAB IV)
- Firdaus. (2010). *Dilemanya sebuah rokok*. Jakarta: Rasa Aksara (BAB IV)
- Ghofur, A., & Olfah, Y. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan (BAB IV)
- Herlina., Rahmalia, S., & Dewi, Y. (2014). Hubungan Riwayat Merokok Dengan Stadium *Ca* Paru. *Jurnal Online Mahasiswa Volume 1 Nomor 1*. Dikutip pada 14 April 2020 dari <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/view/> (BAB IV)
- Hidayat, A. (2010). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Health*. Surabaya : Books (BAB II)
- Husen, A., Suharti, C., & Hardian. (2016). Hubungan Antara Derajat Nyeri Dengan Tingkat Kualitas Hidup Pasien Kanker Paru Yang Menjalani Kemoterapi. *Jurnal Kedokteran Diponegoro Volume 5, Nomor 4*. Diakses pada 14 April 2020 dari <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico> (BAB I)
- Iskandar. (2008). *Metodologi Penelitian Pendidikan Dan Sosial (Kuantitatif dan Kualitatif)*. Jakarta : GP Press (BAB III)
- Jackson, M., & Jackson, L. (2011). *Keperawatan Klinis*. Jakarta : Erlangga (BAB IV)
- Jogja Cancer Registry. (Maret, 2018). RKBR Maret 2018. Diakses pada 17 April 2020 dari <https://canreg.fk.ugm.ac.id/laporan-data/rkbr-maret-2018/> (BAB I)
- Kementrian Kesehatan RI. (2015) *Stop Kanker*. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan RI (BAB I)
- Kozier, E., & Snyder. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta : EGC (BAB II)
- Kurniyawan, E. (2016). Terapi Komplementer Alternatif Akupresur Dalam Menurunkan Tingkat Nyeri. *Nurseline Journal Volume 1 Nomor 1* (BAB II)

- Lestari, Indah. (2014). *Terapi Kompres Jahe dan Massage pada Osteoarthritis di Panti Wreda ST Therseia Dharma Bhakti Kasih Surakarta*. Surakarta : Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surakarta Kusuma Husada (BAB II)
- Mubarak, W.,Indrawati, L.,& Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 2*. Jakarta : Salemba Medika (BAB II)
- Mulyani, H.,Hulma, M.,& Basyar, M. (2014). Hubungan Karakteristik Penderita Dengan Gambaran Sifatologi Pada Kasus Karsinoma Paru Yang Dirawat Di RSUP Dr.M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas Volume 3 No 2* diakses dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id/indec.php/jka/article/view/86> (BAB IV)
- Nadirawati. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga : Teori Dan Aplikasi Praktik*. Bandung : PT Refika Aditama (BAB II)
- NANDA International. (2019). *Diagnosis keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 Edisi 11*. Jakarta : EGC
- Ndore, S.,Sulasmini.,& Hariyanti, T. (2017). Dukungan Keluarga Berhubungan Dengan Kepuasan Interaksi Sosial Pada Lansia. *Jurnal CareVolume 5 Nomor 2* diakses dari<https://jurnal.unitri.ac.id/index.php/care/article/download/554/542> (BAB II, IV)
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta (BAB III)
- Nurarif, A.,& Kusuma,H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : MediAction (BAB II)
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan (Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional)*. Jakarta : Salemba Medika (BAB II, III)
- Nusi, F.,Wijayanti, R.,& Rahayu, E. (Maret, 2010). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Respon Sosial Pada Lansia Di Desa Sokaraja Lor Kecamatan Sokaraja. *Jurnal Keperawatan SoedirmanVolume 5 Nomor 1*. Diakses dari <http://www.jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/254> (BAB II)
- Oktara, D. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. R Dengan Ca Paru Di Ruang Rawat Inap Paru Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi*. Karya Tulis Imliah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang Program Studi D III Keperawatan (BAB I, II)

- Olfah, Y.,& Ghofur, A. (2016). *Modul Bahan Cetak Kebidanan Dokumentasi Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan : Jakarta (BAB II, IV)
- Potter.,& Perry. (2015). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik*. Jakarta : EGC (BAB II)
- Pradipta, E.,Wardhani, D.,& Uyainah, A. (2018). *Kapita Selektta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius (BAB II)
- Purba, A.,& Wibisono, B. (2015). Pola Klinis Kanker Paru RSUP Dr. Kariadi Semarang periode Juli 2013-Juli 2014. *Jurnal Media Medika Muda*, Volume 4, Nomor 4 <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico> (BAB I, II)
- Rahayu, D. (2018). *Intervensi Keperawatan*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sains Al-Qur'an (BAB IV)
- Ramadani, L.,Hidayat, N.,& Fauzia, D. (2017). Gambaran Penggunaan Analgetik Pada Pasien Rawat Inap Intensif Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Online Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Riau Volume 4 Nomor 2*. Diakses pada 17 April 2020 dari <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMFDOK/article/view/155497/15039> (BAB IV)
- Ramadhaniah, F.,Rahayu, P.,& Suzanna, E. (2015). Berbagai Gambaran Klinis pada Kanker Paru di Rumah Sakit Kanker Dharmais (RSKD) Jakarta. *Jurnal Respir Indo Vol. 35 No. 4*. Dikutip pada 14 April 2020 dari <https://jurnalrespirologi.org/index.php/jri/article/viewFile/1/23> (BAB IV)
- Rampengan, S.,Rondonuwu, R.,& Onibala, F. (2014). Pengaruh Tehnik Relaksasi Dan Tehnik Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Irina A Atas RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan Vol. 2 No. 2*. Dikutip pada 28 Mei 2018 dari <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/5172> (BAB IV)
- Rosdahl, C.,& Kowalski, M. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar Vol.2*. Jakarta : EGC (BAB II)
- Siregar, Y.,Widyaningsih, W.,& Syahrudin, E. (2016). Indeks Massa Tubuh, Persentase Otot Rangka Dan Albumin Pada Pasien Kanker Paru Karsinoma Bukan Sel Kecul Sebelum Dan Setelah Kemoterapi. *Jurnal Respir Indo Vol. 36 No. 2* (BAB I) diakses dari <http://arsip.jurnalrespirologi.org/wp-content/uploads/2016/09/JRI-2016-36-2-73-82>
- Soenarto, R.,Sukmono, R.,Firndyartini, A.,& Susilo, A. (2018). *Pengkajian Nyeri Kronik*. Modul Pelatihan Keterampilan Dasar Untuk Mahasiswa Dan Profesional Kesehatan, Universitas Indonesia (BAB II)

- Stoppler, M., & William, C. (2010). *Kamus Kedokteran*. Jakarta : PT Indeks (BAB II)
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung : Alfabeta (BAB III)
- Sugiyono. (2017). *Metode penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta (BAB III)
- Suryo, J. 2010. *Herbal Penyembuhan Gangguan Sistem Pernapasan*. Yogyakarta : B First (BAB II)
- Tahir, R., Imalia, d., & Muhsinah, S. (2019). Fisioterapi Dada Dan Batuk Efektif Sebagai Penatalaksanaan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Pada Pasien TB Paru Di RSUD Kota Kendari. *Health Information : Jurnal Penelitian Volume 11 nomor 1*. Diakses pada 21 April 2020 dari <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP/article/view/87> (BAB IV)
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : DPP PPNI (BAB II)
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta : DPP PPNI (BAB II)
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil*. Jakarta : DPP PPNI (BAB II)
- Wahyuni, A., & Daryati, M. (2016). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Mengikuti Kemoterapi Pada Pasien Kanker Serviks di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Program Studi Bidan Pendidik Jenjang Diploma Divfakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta Diakses pada 29 Mei 2020 dari <http://digilib2.unisayogya.ac.id/xmlui/handle/123456789/2019> (BAB IV)
- Wardani, N. (2018). *Manajemen nyeri akut*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana RSUP Sanglah Denpasar (BAB I, II)
- Wijaya, A., & Putri, Y. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta : Nuha Medika (BAB II)
- World Health Organization (WHO). (2015). *Cancer*. Switzerland : WHO (BAB I)

# LAMPIRAN

## JADWAL KEGIATAN STUDI DOKUMENTASI

NO	KEGIATAN	FEBRUARI 2020				MARET 2020				APRIL 2020				MEI 2020				JUNI 2020				JULI 2020		
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1.	Studi Pendahuluan																							
2.	Pengajuan Judul																							
3.	Bimbingan Penyusunan Proposal																							
4.	Seminar Proposal																							
5.	Revisi Proposal																							
6.	Pengumpulan Proposal																							
8.	Pengambilan Data																							
9.	Bimbingan KTI Online																							
10.	Seminar KTI																							
11.	Revisi KTI																							
12.	Pengumpulan KTI																							





**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY" YOGYAKARTA**

**FORMAT BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : Aura Nailul Muna  
NIM : 2317044  
Nama Pembimbing 1 : Dwi Wulan Minarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Judul KTI :  
"Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Ny. W Dengan *Carsinoma* Paru"

No	Tanggal Bimbingan	Materi Bimbingan	Tanda Tangan/Nama	
			Pembimbing	Mahasiswa
1	05/02/2020	Konsultasi kasus dan judul Proposal	 Ibu Wulan	 Aura
2	13/02/2020	Konsultasi BAB I	 Ibu Wulan	 Aura
3	20/02/2020	Konsultasi BAB I – BAB III	 Ibu Wulan	 Aura
4	21/02/2020	ACC Uji Sidang Proposal	 Ibu Wulan	 Aura
5	14/04/2020	Konsultasi perubahan proposal BAB I – BAB III	 Ibu Wulan	 Aura
6	17/04/2020	Revisi BAB I dan BAB III	 Ibu Wulan	 Aura
7	08/05/2020	Konsultasi BAB IV - V	 Ibu Wulan	 Aura
8	01/06/2020	Revisi BAB I, IV, dan V	 Ibu Wulan	 Aura
9	16/06/2020	Revisi BAB IV dan V	 Ibu Wulan	 Aura
10	21/06/2020	Acc BAB I – BAB V	 Ibu Wulan	 Aura

Yogyakarta, .....

Pembimbing 1



(Dwi Wulan M, S.Kep.,Ns.,M.Kep )



**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY" YOGYAKARTA**

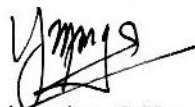
**FORMAT BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : Aura Nailul Muna  
NIM : 2317044  
Nama Pembimbing 2 : Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Judul KTI :  
"Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Ny. W Dengan *Carsinoma* Paru"

No	Tanggal Bimbingan	Materi Bimbingan	Tanda Tangan/Nama	
			Pembimbing	Mahasiswa
1	05/02/2020	Konsultasi kasus dan judul proposal	 Ibu Yayang	 Aura
2	06/02/2020	Konsultasi judul proposal	 Ibu Yayang	 Aura
3	19/02/2020	Konsultasi BAB I - III	 Ibu Yayang	 Aura
4	20/02/2020	Konsultasi BAB I – III	 Ibu Yayang	 Aura
5	21/02/2020	ACC uji sidang proposal	 Ibu Yayang	 Aura
6	14/04/2020	Konsultasi perubahan proposal BAB I – BAB III	 Ibu Yayang	 Aura
7	09/05/2020	Konsultasi BAB IV dan V	 Ibu Yayang	 Aura
8	24/05/2020	Acc BAB I – BAB III	 Ibu Yayang	 Aura
9	28/06/2020	Revisi BAB IV dan V	 Ibu Yayang	 Aura
10	24/06/2020	Revisi BAB IV dan V	 Ibu Yayang	 Aura
11	25/6/2020	Acc BAB IV dan BAB V	 Ibu Yayang	 Aura

Yogyakarta, .....

Pembimbing 2



(Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada Ny "W" dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 disertai Ca Paru Stadium IV dilaksanakan di Ruang Dahlia 1 yang termasuk Bangsal Geriatri RSUP Dr Sardjito Yogyakarta.

##### 1. Pengkajian

Hari/Tanggal : Senin, 23 April 2018

Jam : 08:00 WIB

Tempat : Dahlia 1 IRNA 1 RSUP Dr Sardjito

Oleh :

Sumber data : Pasien, keluarga pasien, rekam medik, tim kesehatan lain(dokter, lab, gizi)

Metode : Wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi

##### a. Identitas pasien

###### 1) Pasien

a) Nama Pasien : Ny W

b) Tempat/Tgl Lahir : Gunung Kidul, 01 Juli 1958 (59<sup>th</sup>)

c) Jenis Kelamin : Perempuan

d) Agama : Islam

e) Pendidikan : SD

f) Pekerjaan : Petani



- g) Status Perkawinan : Menikah  
h) Suku / Bangsa : Jawa/ Indonesia  
i) Alamat : Klepu, Rt 02 Rw 07, Hargosari,  
Tanjungsari, Gunung Kidul  
j) Diagnosa Medis : *Diabetes Mellitus Tipe 2* disertai  
Ca Paru Stadium IV  
k) No. RM : 01 795 xxx  
l) Tanggal Masuk RS : 18 April 2018

2) Penanggung Jawab / Keluarga

- a) Nama : Tn W  
b) Umur : 62 tahun  
c) Pendidikan : SD  
d) Pekerjaan : Petani  
e) Alamat : Klepu, Rt 02 Rw 07, Hargosari,  
Tanjungsari, Gunung Kidul  
f) Hubungan : Suami  
g) Status perkawinan : Menikah

**b. Riwayat Kesehatan**

1) Kesehatan Pasien

a) Keluhan Utama saat Pengkajian

Pasien mengatakan sesak dan batuk, pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas dan jika nyeri kambuh bisa menjalar sampai kepinggung. Pasien mengatakan badan terasa

lemas, letih dan susah bergerak karena badan terasa sakit jika untuk bergerak serta sendi-sendi terasa nyeri.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga pasien mengatakan bulan Maret 2018 yang lalu sebelum pasien masuk rumah sakit, pasien mengatakan sesak nafas, batuk berdahak dan 2 minggu sebelum pasien masuk rumah sakit pasien mengatakan nyeri lengan kanan bagian atas dan perut terasa mual dan 3 hari sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan sesak nafasnya semakin bertambah dan berat, terasa mual. Saat pasien mengalami sesak nafas dan batuk pasien langsung minum obat Codein 20mg oral dan pasien langsung istirahat dan tidak melakukan aktivitas apapun untuk mengembalikan keadaannya. Pada tanggal 18 April 2018 keluarga pasien membawa pasien ke poli paru untuk kontrol dan menjalani kemoterapi yang ke 18 kali karena pasien menderita ca paru sejak tahun 2016. Di poli paru pasien diperiksa oleh dokter dan dokter menyatakan bahwa pasien harus operasi karena keadaan belum memungkinkan untuk dilakukan kemoterapi. Tanggal 18 April 2018 jam 15:00 WIB pasien di pindahkan ke bangsal Dahlia 1 IRNA 1 RSUP Dr Sardjito Yogyakarta untuk mendapatkan penanganan yang lebih lanjut. Sesampai di bangsal pasien mendapatkan terapi oksigenasi 4 liter/mnt, Codein 20mg oral, Alimta 500mg/m<sup>2</sup>,

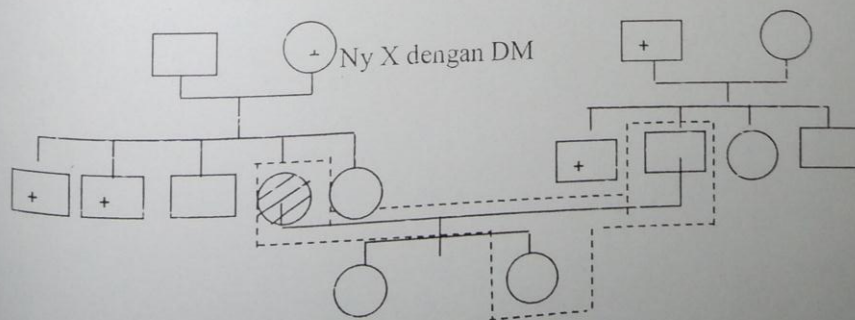
Carboplatin 258mg. Pada tanggal 22 April 2018 kondisi pasien mulai membaik dan dilakukan kemoterapi untuk yang ke 18 kali, setelah selesai kemoterapi kondisi pasien memburuk dan pasien tidak jadi pulang, akhirnya pasien harus tetap opname di Ruang Dahlia 1 IRNA 1 RSUP Dr Sardjito Yogyakarta.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga pasien mengatakan 6 tahun yang lalu pasien menderita Diabetes Mellitus, dan masih terkontrol pengobatannya sampai sekarang. Keluarga pasien mengatakan bulan Oktober tahun 2016 pernah di rawat di Rumah Sakit Pelita selama 8 hari dan selama perawatan tersebut pasien akhirnya didiagnosa ca paru.




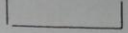

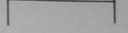

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

a) Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Pasien

Keterangan Gambar :

	: laki-laki		: tinggal satu rumah
	: perempuan		: garis perkawinan
	: pasien		: garis keturunan
	: meninggal dunia		

b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang menderita ca paru seperti penyakit yang diderita pasien saat ini. Keluarga mengatakan di dalam anggota keluarganya ada yang menderita Diabetes Mellitus yaitu ibu kandung pasien. Keluarga pasien mengatakan anak yg ke2 mengalami sesak nafas sejak bayi dan sembuh setelah anak menginjak ke SMA. Didalam anggota keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, Hepatitis.



### c. Kesehatan Fungsional

#### 1) Aspek Fisik – Biologis

##### a) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

##### (1) Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien makan 3x sehari dengan jenis nasi, kentang, singkong, sayur dan lauk, dan porsi yang dimakan selama dirumah tidak menentu  $\frac{1}{2}$  porsi-  $\frac{1}{4}$  porsi. Ada pantangan makanan yaitu seperti makanan yang manis-manis, jumlah nasi dikurangi, tidak ada riwayat alergi terhadap makanan. Pasien minum air putih  $\pm$  7-8 gelas perhari dan terkadang di pagi hari minum air teh dengan sedikit gula. Keluarga pasien mengatakan pola makan pasien dirumah kadang kurang dijaga, karena pasien terkadang masih mengonsumsi makanan yang dibeli diwarung yang cenderung manis.

##### (2) Selama sakit

Keluarga pasien mengatakan Ny W selama dirawat di RS pasien makan dari rumah sakit yaitu mendapat Diit RGRK (rendah garam rendah kalori) 1500 kalori/hari dan protein 48gr/hari dengan frekuensi 3 kali diit utama dan 3 kali selingan namun pasien hanya makan  $\frac{1}{2}$  porsi



kentangnya saja tidak makan sayur dengan alasan tidak mau. Pasien minum  $\pm$  2-3 gelas sehari dengan air putih.

b) Kebutuhan Eliminasi

(1) Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit *defekasi* encer 1x sehari, warna kuning kecoklatan, lunak, bau khas feses, tidak ada keluhan saat *konstipasi* dan *defekasi* di toilet. *Miksi* lancar  $\pm$  5-6 kali sehari warna kuning jernih dan bau khas urine.

(2) Selama Sakit

Keluarga mengatakan sejak dirawat di rumah sakit *defekasi* belum pernah (6hari), *Miksi* pasien  $\pm$  5-6 kali bau khas urine, warna kuning keruh. Pasien BAK di tempat tidur tetapi terkontrol dengan bantuan keluarga.

c) Kebutuhan Aktivitas

(1) Sebelum Sakit

(a) Keadaan sehari hari

Pasien dan keluarga pasien mengatakan aktivitas seperti mandi, makan, *konstipasi*, *disuria* mandiri, serta berdandan dilakukan secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

(b) Keadaan pernafasan

Sebelumnya pasien pernah mengalami sesak nafas setelah melakukan aktivitas.

(c) Keadaan Kardiovaskuler

Pasien mengatakan sebelum dirawat di RS pasien pernah merasa dadanya berdebar-debar dan merasa nyeri langsung minum obat Codein 15mg tab oral dan Continus tab 10mg yang diberikan oleh dokter saat rawat jalan. Pasien mempunyai riwayat penyakit ca paru.

(2) Selama Sakit

(a) Keadaan sehari-hari

Pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit aktivitas seperti mandi, minum, makan, berpakaian, *konstipasi*, *disuria*, imobilisasi bergantung total pada keluarga dan perawat karena pasien hanya bisa ditempat tidur.

(b) Keadaan pernafasan

Pasien terpasang O2 3liter/menit dan kadang kadang merasa sesak nafas, Respirasi 28x/menit. Pasien mengatakan sesak setelah melakukan aktivitas (miring kanan, kiri, bangun).

(c) Keadaan kardiovaskuler

Pasien mengatakan nyeri dada bagian kanan atas dan jika nyeri timbul atau kambuh bisa menjalar sampai punggung.

Skala ketergantungan  
Tabel 4.1 Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index*)  
Pasien Ny W di Ruang Dahlia 1 IRNA IRSUP Dr Sardjito Yogyakarta Tanggal  
23 April 2018

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor		
				Hari I	Hari II	Hari III
1.	Mengendalikan defekasi (BAB) rangsang	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	2	2	2
		1	Kadang-kadang terkendali tak			
		2	Mandiri	2	2	2
2.	Mengendalikan berkemih (BAK) rangsang	0	Tak terkendali/pakai kateter			
		1	Kadang-kadang terkendali (1x24 jam) tak	0	0	0
		2	Mandiri			
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain			
		1	Mandiri	0	0	0
		2	Mandiri			
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	1	1	1
		2	Mandiri			
5.	Makan	0	Tidak mampu			
		1	Perlu ditolong memotong makanan	1	1	1
		2	Mandiri			
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu			
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)			
		2	Bantuan (2 orang)	2	2	2
		3	Mandiri			
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	0	0	0
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda			
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang			
		3	Mandiri			
8.	Memakai Baju	0	Tidak mampu	0	0	0
		1	Sebagai dibantuan (misal mengancingkan baju)			
		2	Mandiri	0	0	0
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu			
		1	Butuh pertolongan			
		2	Mandiri			
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	0	0	0
		1	Mandiri	8	8	8
Total Skor				Ketergantungan berat		
Tingkat Ketergantungan						
Paraf & Nama Perawat						

Sumber Data Sekunder : RM Pasien

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

KETERANGAN:

20

: Mandiri

5-8 : Ketergantungan berat



2-19 : Ketergantungan ringan  
 9-11 : Ketergantungan Sedang  
 0-4 : Ketergantungan total

Pengkajian Resiko Jatuh  
 Tabel 4.2 Pengkajian Resiko Jatuh  
 pasien Ny W di Ruang Dahlia 1 RSUP Dr Sardjito Yogyakarta Tanggal 23-25  
 April 2018

No	Risiko	Skala	Skoring 1 Tgl 23	Skoring 2 Tgl 24	Skoring 3 Tgl 25
1.	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25	0	0	0
2.	Diagnosa medis sekunder >1	Tidak 0 Ya 15			
3.	Alat bantu jalan: Bed rest/diabantu perawat	0	0	0	0
	Penopang/tongkat/walker	15			
	Furniture	30			
4.	Menggunakan infus	Tidak 0 Ya 25			
			25	25	25
5.	Cara berjalan/berpindah: Normal/bed rest/imobilisasi	0			
	Lemah	15	15	15	15
	Terganggu	30			
6.	Status mental: Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0	0	0
	Lupa keterbatasan	15			
			55	55	55
Jumlah skor		<b>Resiko tinggi jatuh</b>			
Tingkat Resiko Jatuh					
Paraf & Nama Perawat					

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Tingkat Risiko :  
 Tidak berisiko bila skor 0-24 → lakukan perawatan yang baik  
 Risiko rendah bila skor 25-50 → lakukan intervensi jatuh  
 Risiko Tinggi bila skor  $\geq 51$  lakukan intervensi jatuh resiko tinggi

Pengkajian Resiko Luka Dekubitus  
Tabel 4.3 Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)  
Pasien Ny W di Ruang Dahlia 1 RSUP Dr Sardjito Yogyakarta Tanggal 23-25 April 2018

Tanggal	PENILAIAN	4	3	2	1
Senin, 23 April 2018	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang inkontinensia	Selalu inkontinensia urin	Inkontinensia urin & Alvi
	Skor	8	6	0	1
Total Skor		15 ( resiko sedang terjadi decubitus )			
Paraf & Nama Perawat					
Selasa, 24 april 2018	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang inkontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
	Skor	8	6	0	1
Total Skor		15 ( resiko sedang terjadi decubitus )			
Paraf & Nama Perawat					
Rabu, 25 April 2018	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontinensia	Kontinen	Kadang inkontinensia	Selalu inkontinensia	Inkontinensia urin & Alvi
	Skor	8	6	0	1
Total Skor		15 ( resiko sedang terjadi decubitus )			
Paraf & Nama Perawat					

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

**KETERANGAN:**

- 16-20 : risiko rendah terjadi dekubitus
- 12-15 : risiko sedang terjadi dekubitus
- <12 : risiko tinggi terjadi dekubitus

d) Kebutuhan Istirahat – tidur

(1) Sebelum Sakit

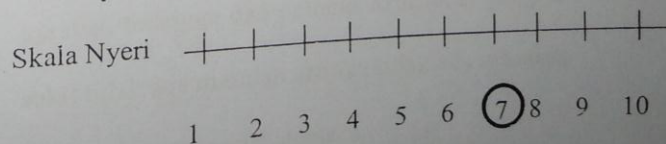
Pasien mengatakan sebelum sakit tidur  $\pm$  5-6 jam sehari, pasien mengatakan biasa tidur mulai pukul 20.00 WIB dan bangun pukul 04:30 WIB namun sering terbangun karena sering *miksi* pasien juga tidur siang  $\pm$  1-2 jam, pasien tidak mengonsumsi obat tidur dan tidur biasa dikasur.

(2) Selama Sakit

Keluarga mengatakan selama dirumah sakit pasien  $\pm$  3-4 jam sehari, pasien tidur siang  $\pm$  30 menit dan sesekali terbangun. Pola tidur pasien selama dirumah sakit tidak menentu karena sering terbangun karena merasakan nyeri dan batuk. Konjungtiva pucat dan kantung mata terlihat hitam.

e) Kebutuhan Aman dan Nyaman Selama sakit

Pasien mengatakan selama dirumah sakit merasa tidak nyaman karena merasa kesakitan dan mengeluh nyeri, bila nyeri timbul menjalar sampai ke punggung.





P : Pasien mengatakan nyeri dada pada bagian kanan atas karena adanya ca paru

Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai ke punggung

S : Skala nyeri 7 (0-10)

T : Pasien mengatakan nyeri

## 2) Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

### (1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien mengatakan jika merasa sakit biasanya berobat ke puskesmas dan terkadang ke dokter praktek terdekat yang ada disekitar rumahnya, pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat-obatan warung, pasien tahu bahwa dirinya saat ini menderita kanker paru-paru disertai Diabetes Mellitus dan sudah berusaha berobat untuk kesembuhannya.

### (2) Pola hubungan dengan keluarga dan pasien lain

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, teman, kerabat, tetangga dan petugas kesehatan yang ada dirumah sakit tidak ada masalah artinya tidak ada masalah.

### (3) Koping atau toleransi stress



Pasien mengatakan jika ada masalah selalu mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa dan selalu bercerita dengan keluarga yang tinggal serumah.

(4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Pasien mengatakan bisa menyebutkan nama, alamat dan nama anaknya, pasien menyadari bahwa dirinya saat ini sedang sakit kanker paru disertai Diabetes Mellitus. Pasien mengetahui tentang penyakit Diabetes Mellitus dan Ca Paru.

(5) Konsep diri

(1) Gambaran Diri

Pasien mengatakan saat ini bisa menerima keadaannya dengan rambutnya rontok dan botak dibagian atas akibat dilakukannya kemoterapi.

(2) Harga Diri

Pasien mengatakan merasa pasrah dengan kondisinya saat ini namun pasien selalu berusaha untuk sembuh dari penyakit kanker paru.

(3) Peran Diri

Pasien mengatakan peran dirinya sebagai ibu rumah tangga saat ini terganggu karena pasien sadar bahwa dirinya sekarang mengalami perawatan dirumah sakit.

(4) Ideal Diri

Pasien mengatakan sangat berharap agar penyakitnya segera sembuh dan segera pulang.

(5) Identitas Diri

Pasien saat ini menyadari sebagai pasien

(6) Seksual dan menstruasi

Pasien berumur 59 tahun dan jarang campur dengan suami artinya tidak berhubungan seksual dengan alasan karena merasa dirinya sudah lanjut usia dan sedang sakit. Pasien sudah menopause saat usia 35 tahun. Pasien mengatakan selama menjalani perawatan di rumah sakit selalu ditemani dengan suaminya.

(7) Nilai

Pasien mengatakan beragama islam, pasien mengatakan saat di rumah pasien selalu sholat 5 waktu, namun saat di rumah sakit pasien tidak pernah menjalankan shalat karena keadaannya yang sangat lemah. Pasien selalu berdoa dibantu keluarga dan perawatnya.

3) Aspek Lingkungan Fisik

Pasien berada di Ruang Dahlia 1 RSUP Dr Sardjito Yogyakarta tepatnya di kelas 3 kamar 10, dalam satu kamar terdiri dari 6 orang.

**d. Pemeriksaan Fisik**

1) Keadaan umum : lemah

a) Kesadaran : compos mentis

b) Status Gizi : TB = 138 cm

BB = 40 Kg

$$IMT = \frac{BB}{TB^2} = \frac{40}{138^2} (m^2) = 21,5 \text{ (normal)}$$

TB2

c) Tanda Vital : TD = 130/80mmHg Nadi = 104 x/mnt

Suhu = 36,8 °C RR = 28 x/mnt

2) Pemeriksaan Secara Sistematis (Cephalo – Caudal)

a) Kulit

Warna kulit pasien sawo matang, turgor kulit baik, kulit lembab, kulit tampak bersih tidak menimbulkan bau, tidak ada bekas luka dan tidak ada tato.

b) Kepala

(1) Bentuk kepala : Mesocephal, kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak ada nyeri pada area kepala, kulit kepala bersih tidak bau.

(2) Rambut : Rambut lembab, bewarna hitam ada putihnya. bagian tengah kepala terlihat botak karena sering kemo dan menyebabkan rontok.

(3) Mata : Mata simetris, conjungtiva tidak anemis, sklera mata tidak ikterik, fungsi penglihatan pasien tidak bermasalah.

(4) Telinga : Bentuk normal antara kanan dan kiri simetris, keadaan telinga bersih, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, fungsi pendengaran baik.

(5) Hidung : Hidung simetris, tidak ada sekret, fungsi penciuman baik.

(6) Mulut dan tenggorokan : kemampuan bicara baik, keadaan bibir kering, tidak memakai gigi palsu, fungsi pengecapan baik

c) Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat jejas, bisa menoleh kekanan dan kekiri.

d) Tengkuluk

Tidak terdapat kaku kuduk, tidak terdapat luka, bersih.

e) Dada

(1) Inspeksi

Bentuk dada tidak simetris lebih besar kanan, pergerakan dada tidak simetris antara kanan dan kiri,



(2) Palpasi

Terdapat nyeri tekan dibagian dada kanan atas, tidak terdapat krepitasi.

(3) Perkusi

Terdengar suara paru pekak, terdengar redup pada jantung

(4) Auskultasi

Paru : suara nafas terdengar *weezing* tidak terdengar suara nafas *ronchi*

Jantung : terdengar suara lup dup bunyi S1 S2 murni, tidak terdengar suara tambahan.

f) Payudara

(1) Inspeksi

Payudara terlihat lebih besar sebelah kanan, puting susu menonjol keluar, payudara bersih

(2) Palpasi

Tidak ada benjolan, terdapat nyeri tekan

g) Punggung

Bentuk punggung normal, tanpa kelainan seperti kifosis, lordosis, maupun scoliosis

h) Abdomen

(1) Inspeksi

Bentuk simetris, warna kulit sawo matang tidak ada benjolan.

(2) Palpasi

Tidak ada nyeri, tidak ada benjolan, teraba massa dibagian perut kanan bawah.

(3) Perkusi

Tidak kembung, terdengar suara timpani di kuadran 2 (kuadran kiri atas).

(4) Auskultasi

Terdengar bising usus di kuadran 3 (kuadran kanan bawah), peristaltik 16x/mnt

i) Panggul

Bentuk panggul simetris antara kanan dan kiri

j) Anus dan Rectum

Tidak terdapat hemoroid, tidak terdapat tumor atau kelainan lainnya

k) Genitalia

(1) Pada wanita

Tidak ada keputihan, kondisi genitalia bersih, dan pasien tidak terpasang kateter

(2) Pada pria

l) Ekstremitas

(1) Atas

Kedua anggota gerak atas lengkap, dapat digerakkan.

Jumlah jari kaki kanan 5, jumlah jarikiri 5. Terpasang infus *threeway* Nacl 0,9 % 20 tpm ditangan kiri sejak tanggal 23 April 2018, balutan infus rapid an bersih,

kekuatan tonus otot  $5 \frac{5}{+}$

(2) Bawah

Anggota gerak bawah lengkap, tidak ada luka, tidak ada jejas. Jumlah jari kaki kanan 5, jumlah jari kaki kiri 5.

Kekuatan tonus otot  $5 \frac{+}{5}$ , ke.bas didaerah telapak kaki.

e. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.4 Pemeriksaan laboratorium  
Pasien Ny W di Ruang Dahlia IIRNA 1 di RSUP Dr Sardjito  
Yogyakarta Tanggal 23 April 2018

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal	Interpretasi
Senin 23 April 2018	Eritrosit	3,92 $10^6/\mu\text{L}$	4.00-5.40	Rendah
	Hemoglobin	10.8 g/dl	12.0-15.0	Rendah
	Hematokrit	33.2%	35.0- 49.0	Rendah
	Trombosit	$258 \times 10^3/\mu\text{L}$	150- 450	Normal
	Leukosit	$10.00 \times 10^3/\mu\text{L}$	4.50- 11.50	Normal
	MCV	84.7 fL	80.00- 94.00	Rendah
	MCH	27.6 pg	26.0- 32.00	Normal
	MCHC	32.5 g/dl	32.0- 36.0	Normal
	RDW-CV	12.7%	11.5- 14,5	Normal
	RDW-SD	38.1 fL	35.0- 45.0	Normal
	PDW	8.9 fL	9.3- 16.0	Rendah
	MPV	8.9 fL	7.2- 10.4	Normal
	P-LCR	15.1 %	15.0- 25.0	Normal
	Plateletrit	0.2 %	0.0- 1.0	Normal
	NRBC#	$0.0 \times 10^3/\mu\text{L}$	0.0- 0.0	Normal
	Neutrofil%	82.3 %	50.0- 70.0	Tinggi
	Limfosit%	9.8 %	18.0- 42.0	Rendah
	Monosit%	2.2 %	2.0- 11.0	Normal
	Eosinofist%	5.5 %	1.0- 3.0	Tinggi
	Basofil%	0.2 %	0.0- 2.0	Normal
	Albumin	3.67 g/dL	3.97- 4.94	Rendah
	SPOT/AST	18 U/L	$\leq 32$	Normal
	SGPT/ALT	12 U/L	$\leq 33$	Normal
	BUN	18.00 mg/dL	6.00- 20.00	Normal
	Creatinin	1.29mg/dL	0.50- 0.90	Tinggi
	Natrium	139 mmol/L	136- 145	Normal
	Kalium	4.07 mmol/L	3.50- 5.10	Normal
	Klorida	100 mmol/L	98- 107	Normal

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien )



Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Radiologi  
 Pasien Ny W di Ruang Dahlia 1 IRNA 1 RSUP Dr Sardjito Yogyakarta  
 Tanggal 23 April 2018

Hari/ Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan/Interpretasi
Senin 23 April 2014	THORAX	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atektasis Dextra</li> <li>2. Hidropneumothorax Dextra</li> <li>3. Besar cor normal</li> <li>4. Tak tampak bone metastase pada sistema tulang yang tervisualisasi</li> </ol>

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

# f. Terapi

Tabel 4.6 Pemberian Terapi  
Pasien Ny W di Ruang Dahlia 1 IRNA 1  
RSUP Dr Sardjito Yogyakarta Tanggal 23-25 April 2018

Hari / Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
Senin, 23 April 2018	Infus Nacl Nebu Atrovent Pulmicort Tramadol Terpasang O2	20 tpm 0,5mg/6jam 0,5mg/6jam 50mg/kp 3liter/menit	IV Nebulizer Nebulizer Drip Inhalasi
Selasa, 24 April 2018	Infus Nacl Nebu Atrovent Pulmicort Tramadol Terpasang O2 Novorapid Meticobalamin Asam Folat	20tpm 0,5mg/6jam 0,5mg/6jam 50mg/kp 3liter/menit 6 unit 500mg/kp 20 mg/8jam	IV Nebulizer Nebulizer Drip Inhalasi SC IV PO
Rabu, 25 April 2018	Infus Nacl Nebu Atrovent Pulmicort Tramadol Terpasang O2 Novorapid Meticobalamin Asam Folat Codein	20tpm 0,5mg/ 6jam 0,5mg/ 6jam 50mg/kp 3liter/menit 4 unit 500mg/ kp 20 mg/ 8jam 30 mg/ 8jam	IV Nebulizer Nebulizer Drip Inhalasi SC IV PO PO

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

# g. ANALISA DATA

Tabel 4.7 Analisa Data  
Pasien Ny W di Ruang Dahlia IRSUP Dr Sardjito Yogyakarta Tanggal  
23-25 April 2018

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) keluarga mengatakan sehari makan 3x sehari, dengan kentang habis ½ porsi sekali makan</li> <li>2) Keluarga pasien mengatakan saat dirumah pola makan pasien kurang dijaga, masih suka jajan diwarung yang makanannya cenderung manis</li> </ol> <p><b>Do :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pasien mampu makan ½ porsi kentang sekali makan</li> <li>2) membran mukosa kering</li> <li>3) GDS : 120mg/dl (23/04/2018) 99mg/dl (24/04/2018) 107mg/dl (25/04/2018)</li> <li>4) Pasien terlihat lesu dan lemas</li> <li>5) Riwayat DM 6 tahun</li> <li>6) Mendapatkan terapi novorapid 6 unit</li> </ol>	Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Resiko ketidakstabilan kadar gula darah
2	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan sesak dan batuk</li> </ol> <p><b>Do :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terpasang O2 3liter/menit</li> <li>2) Respirasi : 28x/mnt</li> <li>3) Suara nafas weezing</li> <li>4) Pasien tampak posisi semi fowler</li> <li>5) Pasien mengatakan sulit untuk bernafas</li> <li>6) Pasien mendapatkan terapi nebulizer atrovent 0,5mg dan pulmicort 0,5mg</li> </ol>	Hipoventilasi	Ketidakefektifan pola nafas
3	<p><b>Ds :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</li> <li>2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</li> <li>3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala</li> </ol>	Agens injuri biologis (adanya massa ca paru)	Nyeri akut

	7 (0-10)		
	5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung <b>Do:</b> 1) Pasien terlihat gelisah dan menahan kesakitan 2) Pergerakan pasien tampak lemah 3) Tensi : 130/80mmHg Nadi : 104/mnt Respirasi : 28x/mnt 4) Pasien mendapatkan terapi obat tramadol 50mg/kp		
4	<b>Ds :</b> 1) Pasien mengatakan sesak setelah melakukan aktivitas (miring kanan, kiri, bangun) <b>Do :</b> 1) Pasien tampak lelah 2) Pasien tampak semi fowler 3) Respirasi : 28x/mnt, dan peningkatan Nadi : 130/80mmHg setelah beraktivitas 4) Pasien kebutuhan sehari hari dibantu keluarga dan perawat 5) Hb 10,8 g/dl 6) Kekuatan tonus otot $\frac{5}{5} \frac{5}{5}$	imobilisasi	Intoleransi aktivitas
5	<b>Ds :</b> 1) pasien mengatakan terpasang infus Nacl 20 tpm sejak tanggal 23 April 2018 ditangan kiri <b>Do :</b> 1) pasien terpasang infus Nacl 20 tpm sejak tanggal 23 April 2018 ditangan kiri 2) Leukosit : $10.00 \cdot 10^3/\mu L$ 3) Balutan infus rapi dan bersih	Posedur invasif	Resiko infeksi
6	<b>Ds :</b> <b>Do :</b> 1) Pengkajian resiko jatuh tinggi (skor 55) 2) Ny W berusia 59 tahun		Resiko jatuh



a. **PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Hipoventilasi ditandai dengan :

Ds :

- a) Pasien mengatakan sesak dan batuk

Do :

- a) Terpasang O2 3liter/menit
- b) RR : 28x/mnt
- c) Suara nafas weezing
- d) Pasien tampak posisi semi fowler
- e) Pasien mengatakan sulit untuk bernafas
- f) Riwayat DM 6 tahun
- g) Mendapatkan terapi novorapid 6 unit

2. Resiko ketidakstabilan kadar gula darah ditandai dengan

Ds :

- a) Keluarga mengatakan sehari makan 3x sehari, dengan kentang habis  $\frac{1}{2}$  porsi sekali makan
- b) Keluaraga pasien mengatakan saat dirumah pola makan pasien kurang dijaga, masih suka jajan diwarung

Do :

- a) pasien mampu makan  $\frac{1}{2}$  porsi kentang sekali makan
- b) membran mukosa kering

c) GDS : 120mg/dl (23/04/2018)

99mg/dl (24/04/2018)

107mg/dl (25/04/2018)

d) Pasien terlihat lesu dan lemas

e) Pasien mendapatkan terapi nebulizer atrovent 0,5mg dan pulmicort 0,5mg

3. Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri biologis ditandai dengan :

Ds :

a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas

b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk

c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul

d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 7 (0-10)

e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung

Do:

a) Pasien terlihat gelisah dan merengek kesakitan

b) Pergerakan pasien tampak lemah

c) Pasien mendapatkan terapi obat tramadol 50mg/kp

d) TTV Tensi : 130/80mmHg

Nadi : 104/mnt

Respirasi : 28x/mnt

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi ditandai dengan :

Ds :

a) Pasien mengatakan sesak setelah melakukan aktivitas (miring kanan, kiri, bangun)

Do :

- a) Pasien tampak lelah
- b) Pasien tampak semi fowler
- c) Repirasi : 28x/mnt

Tensi : 130/80 mmHg

- d) Pasien kebutuhan sehari hari dibantu keluarga dan perawat
- e) Kekuatan tonus otot

5	5
5	5

5. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive ditandai dengan

Ds :

- a) pasien mengatakan terpasang infus Nacl 20 tpm sejak tanggal 23 April 2018 ditangan kiri

Do :

- a) pasien terpasang infus Nacl 20 tpm sejak tanggal 23 April 2018 ditangan kiri
- b) Leukosit :  $10.00 \times 10^3/\mu\text{L}$
- c) Balutan infus rapi dan bersih

6. Resiko jatuh ditandai dengan :

Do :

- a) Pengkajian resiko jatuh tinggi (skor 55)
- b) Ny W berusia 59 tahun



# PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama pasien /NO.RM : Ny. W /01975xxx

Ruang :Dahlia 1 IRNA 1 RSUP Dr Sardjito

HARI/T GL/JA M	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI	TGL TERATA SI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN			
Senin, 23 April 2018 (shift pagi)	Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri biologis ditandai dengan : <b>Ds :</b> 1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas 2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk 3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 7 (0-10) 5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung <b>Do:</b> 1) Pasien terlihat gelisah dan merengek kesakitan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mencapai <i>pain control</i> dengan kriteria hasil : 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri) 2) Melaporkan nyeri berkurang skala 5 dari 7 3) TTV normal TD : 120/80 mmHg N : 80-90x/mnt R : 18-24x/mnt (Dani)	<i>Pain management</i> 1) Kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi 2) Observasi ketidaknyamanan pasien 3) Monitor TTV 4) Kolaborasi dengan fisioterapi untuk fisioterapi dada 5) Kolaborasi dengan dokter untuk program analgetik (tramadol 50mg/kp) <i>(Dani)</i>	Senin, 23 April 2018  Jam 09:15 WIB 1) Mengkaji skala nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan factor presipitasi <b>DS :</b> a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk ditusuk tusuk hilang timbul 4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 7 (0-10) 5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai menjalar sampai	Jam 13:00 WIB <b>S :</b> 1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas 2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk ditusuk tusuk hilang timbul 4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 7 (0-10) 5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai	



2) Pergerakan pasien tampak lemah

3) TTV TD : 130/80mmHg  
N : 104/mnt  
RR : 28x/mnt

  
(Dani)

nyeri hilang timbul

d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 7 (0-10)

e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung

  
(Dani)

Jam 09:20 WIB

2) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien

DO :

a) Pergerakan pasien terlihat lemah

b) pasien tampak merengek dan menahan sakit

  
(Dani)

Jam 11:00 WIB

punggung

O :

1) Pergerakan pasien terlihat lemah

2) pasien tampak merengek dan menahan sakit

3) skala 7 dari (0-10)

4) TTV

TD : 130/80 mmHg

N : 105x/mnt

RR : 28x/mnt

5) Injeksi tramadol 50mg IV sudah dimasukkan

A :

Masalah nyeri akut belum teratasi

P :

Lanjutkan intervensi

1) Kaji nyeri secara komperheensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi

2) Monitor TTV

3) Memonitor TTV  
DO :  
a) TTV  
TD : 130/80 mmHg  
N : 105x/mnt  
RR : 28x/mnt  
3) Konsultasikan dengan fisioterapi  
4) Kelola pemberian terapi obat

*(Signature)*  
(Dani)

Jam 12:00 WIB  
4) Mengelola pemberian terapi  
DO:  
a) injeksi tramadol 50mg IV sudah dimasukkan

*(Signature)*  
(Dani)

# CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien/ NO CM

: Tn. W /01975xxx

Ruang

: Dahlia 1 IRNA 1 RSUP Dr Sardjito

Diagnosa Keperawatan




: Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri biologis

HARI/TANGGAL/JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)	TANGGAL TERATASI
<p>Senin, 23 April 2018 (shift siang )</p> <p>Jam 15:00 WIB</p>	<p>1) Mengkaji skala nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan factor presipitasi</p> <p><b>DS :</b></p> <p>a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 7 (0-10)</p> <p>e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p>(Perawat shift siang)</p>	<p>Senin, 23 April 2018 Jam 20:00 WIB</p> <p><b>S:</b></p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 5 (0-10)</p> <p>5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>2) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p>3) skala 7 dari (0-10)</p> <p>4) TTV TD : 120/80 mmHg N : 99x/mnt RR : 30x/mnt</p> <p><b>A :</b> Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Kaji nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi</p>	
<p>Jam 14:20 WIB</p>	<p>1) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien</p> <p><b>DO :</b></p> <p>1) Pergerakan pasien</p>		

	<p>terlihat lemah</p> <p>2) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p>(Perawat shift siang)</p>	<p>2) Monitor TTV</p> <p>3) Konsultasikan dengan fisioterapi</p> <p>4) Kelola pemberian terapi obat</p> <p>(Perawat shift siang)</p>	
<p>Jam 16:00 WIB</p>	<p>2) Memonitor TTV</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a) TTV</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 99x/mnt</p> <p>RR : 30x/mnt</p> <p>(Perawat shift siang)</p>		
<p>Senin, 23 April 2018</p> <p>(shift malam)</p> <p>Jam 22:00 WIB</p>	<p>1) Mengelola injeksi tramadol 50mg IV</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a) Injeksi tramadol 50mg IV sudah dimasukkan</p> <p>(perawat shift malam)</p>	<p>Selasa, 24 April 2018</p> <p>Jam 07:00 WIB</p> <p><b>S :</b></p> <p>i) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10)</p> <p>5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>2) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p>3) skala 6 dari 7</p> <p>4) TTV</p> <p>TD : 130/80 mmHg</p> <p>N : 90x/mnt</p> <p>RR : 29x/mnt</p> <p>5) Injeksi tramadol 50mg IV</p>	
<p>Selasa, 24 April 2018</p> <p>Jam 05:15 WIB</p>	<p>2) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>b) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p>		



Jam 05:30 WIB	<p>(perawat shift malam)</p> <p>3) Memonitor TTV  <b>DO :</b>  a) TTV  TD : 130/80 mmHg  N : 90x/mnt  RR : 29x/mnt</p>	<p>sudah dimasukkan</p> <p><b>A :</b>  Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b>  Lanjutkan intervensi  1) Kaji nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi  2) Monitor TTV  3) Konsultasikan dengan fisioterapi  4) Kelola pemberian terapi obat</p>	
Jam 06:10 WIB	<p>(perawat shift malam)</p> <p>3) Mengkaji skala nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan factor presipitasi  <b>DS :</b>  a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas  b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk  c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul  d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 dari 7  e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p>(perawat shift malam)</p>	<p>(perawat shift malam)</p>	
Selasa, 24 April 2018 (shift pagi) Jam 11:00 WIB	1) Memonitor TTV	Selasa, 24 April 2018 Jam 14:00 WIB <b>S :</b> 1) Pasien mengatakan nyeri	


<p>Jam 13:00 WIB</p>	<p><b>DO :</b>            TD : 120/80 mmHg            N : 99x/mnt            RR : 30x/mnt</p> <p>            (Dani)</p> <p>2) Mengkaji skala nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p><b>DS :</b></p> <p>a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10)</p> <p>e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p>            (Dani)</p>	<p>dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10)</p> <p>5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>2) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p>3) skala 6 dari 7</p> <p>4) TTV</p> <p>TD : 120/80 mmHg            N : 99x/mnt            RR : 30x/mnt</p> <p><b>A :</b>            Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b>            Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Kaji nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2) Monitor TTV</p> <p>3) Konsultasikan dengan fisioterapi</p> <p>4) Kelola pemberian terapi obat</p> <p>            (Dani)</p>	
<p>Jam 13:10 WIB</p>	<p>4) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>b) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p>		



	(Dani)		
Selasa, 24 April 2018 (shift siang)		Selasa, 24 April 2018 Jam 20:00 WIB	
Jam 15:00 WIB	1) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien <b>DO :</b> a) Pergerakan pasien terlihat lemah b) pasien tampak merengek dan menahan sakit  (Perawat shift siang)	<b>S:</b> 1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas 2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk 3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10) 5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung  <b>O :</b> 1) Pergerakan pasien terlihat lemah 2) pasien tampak merengek dan menahan sakit 3) skala 6 dari 7 4) TTV TD : 110/80 mmHg N : 89x/mnt RR : 28x/mnt	
Jam 16:20 WIB	2) Memonitor TTV <b>DO :</b> TD : 110/80 mmHg N : 89x/mnt RR : 28x/mnt  (Perawat shift siang)	<b>A :</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian  <b>P :</b> Lanjutkan intervensi 1) Kaji nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi 2) Monitor TTV 3) Konsultasikan dengan fisioterapi 4) Kelola pemberian terapi obat	
Jam 18:00 WIB	3) Mengkaji skala nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi <b>DS :</b> a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul		



	<p>d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10)</p> <p>e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p>(Perawat shift siang)</p>	(Perawat shift siang)	
<p>Selasa, 24 April 2018 (shift malam)</p> <p>Jam 21:00 WIB</p>	<p>1) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>b) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p>(perawat shift malam)</p>	<p>Rabu, 25 April 2018 Jam 07:00 WIB</p> <p><b>S :</b></p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10)</p> <p>5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p><b>O :</b></p> <p>1) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>2) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p>3) skala 5 dari 6</p> <p>4) TTV TD : 130/80 mmHg N : 90x/mnt RR : 29x/mnt</p> <p><b>A :</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Kaji nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi</p>	
<p>Rabu, 25 April 2018 Jam 05:00 WIB</p> <p>Jam 06:00 WIB</p>	<p>2) Memonitor TTV</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a) TTV TD : 130/80 mmHg N : 90x/mnt RR : 29x/mnt</p> <p>(perawat shift malam)</p> <p>3) Mengkaji skala nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan factor presipitasi</p> <p><b>DS :</b></p>		



	<p>a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 5 dari (0-10)</p> <p>e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p>(perawat shift malam)</p>	<p>2) Monitor TTV</p> <p>3) Konsultasikan dengan fisioterapi</p> <p>4) Kelola pemberian terapi obat</p> <p>(perawat shift malam)</p>	
<p>Rabu, 25 April 2018 (shift pagi)</p> <p>Jam 11:00 WIB</p>	<p>1) Memonitor TTV DO : TD : 120/80 mmHg N : 99x/mnt RR : 30x/mnt</p> <p> (Dani)</p>	<p>Rabu, 24 April 2018 Jam 14:00 WIB</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10)</p> <p>5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p>O :</p> <p>1) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>2) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p>3) skala 6 dari 7</p> <p>4) TTV TD : 120/80 mmHg N : 99x/mnt RR : 30x/mnt</p>	
<p>Jam 13:00 WIB</p>	<p>2) Mengkaji skala nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>DS :</p> <p>a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</p> <p>b) Pasien mengatakan nyeri</p>		

<p>Jam 13:10 WIB</p>	<p>seperti ditusuk tusuk</p> <p>c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 dari (0-10)</p> <p>e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</p> <p>(Dani)</p> <p>3) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien</p> <p><b>DO :</b></p> <p>a) Pergerakan pasien terlihat lemah</p> <p>b) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p> (Dani)</p>	<p><b>A :</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2) Monitor TTV</li> <li>3) Konsultasikan dengan fisioterapi</li> <li>4) Kelola pemberian terapi obat</li> </ol> <p> (Dani)</p>	
		<p>Rabu, 25 April 2018 Jam 20:00 WIB</p> <p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas</li> <li>2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</li> <li>3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 dari (0-10)</li> <li>5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung</li> </ol>	

<p>Rabu, 25 April 2018 (shift siang)</p> <p>Jam 15:00 WIB</p>	<p>1) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien <b>DO :</b> a) Pergerakan pasien terlihat lemah b) pasien tampak merengek dan menahan sakit</p> <p>(Perawat shift siang)</p>	<p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pergerakan pasien terlihat lemah</li> <li>2) pasien tampak merengek dan menahan sakit</li> <li>3) skala 6 dari 7</li> <li>4) TTV TD : 110/80 mmHg N : 89x/mnt RR : 28x/mnt</li> </ol> <p><b>A :</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p>	
<p>Jam 16:20 WIB</p>	<p>2) Memonitor TTV <b>DO :</b> TD : 110/80 mmHg N : 89x/mnt RR : 28x/mnt</p> <p>(Perawat shift siang)</p>	<p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kaji nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2) Monitor TTV</li> <li>3) Konsultasikan dengan fisioterapi</li> <li>4) Kelola pemberian terapi obat</li> </ol>	
<p>Jam 18:00 WIB</p>	<p>3) Mengkaji skala nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi <b>DS :</b> a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10)</p>	<p>(Perawat shift siang)</p>	



	e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung  (Perawat shift siang)		
Rabu, 25 April 2018 (shift malam)		Kamis, 26 April 2018 Jam 07:00 WIB	
Jam 21:00 WIB	1) Mengobservasi adanya ketidaknyamanan pasien <b>DO :</b> a) Pergerakan pasien terlihat lemah b) pasien tampak merengek dan menahan sakit  (perawat shift malam)	<b>S :</b> 1) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas 2) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk 3) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 4) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10) 5) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung	
Kamis, 26 April 2018  Jam 05:00 WIB	2) Memonitor TTV <b>DO :</b> a) TTV TD : 120/80 mmHg N : 90x/mnt RR : 29x/mnt  (perawat shift malam)	<b>O :</b> 1) Pergerakan pasien terlihat lemah 2) pasien tampak merengek dan menahan sakit 3) skala 6 dari 7 4) TTV TD : 120/80 mmHg N : 90x/mnt RR : 29x/mnt 5) Injeksi tramadol 50mg IV sudah dimasukkan	
Jam 06:00 WIB	3) Mengkaji skala nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi <b>DS :</b> a) Pasien mengatakan nyeri dibagian dada kanan bagian atas	<b>A :</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian  <b>P :</b> Lanjutkan intervensi 5) Kaji nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, durasi, karakteristik, kualitas dan faktor presipitasi 6) Monitor TTV 7) Konsultasikan dengan	

	b) Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk c) Pasien mengatakan nyeri hilang timbul d) Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 dari (0-10) e) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung  (perawat shift malam)	fisioterapi 8) Kelola pemberian terapi obat 9) Operkan kepada perawat tentang nyeri akut a) Pasien masih mengatakan nyeri skala 6 dari 7 b) Pasien mengatakan nyeri menjalar sampai punggung  (perawat shift malam)	
--	---	---	--