

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN GANGGUAN RASA
AMAN NYAMAN (NYERI) PADA PASIEN
DENGAN KANKER SERVIKS**



OLEH :
NURUL ATIFAH
NIM : 2317026

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

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN GANGGUAN RASA AMAN NYAMAN (NYERI) PADA PASIEN DENGAN KANKER SERVIKS

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

NURUL ATIFAH
NIM : 2317026

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN YKY
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nurul Atifah

NIM : 2317026

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

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

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

Yogyakarta, 17 April 2020

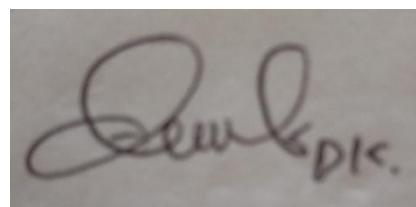


HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN GANGGUAN RASA
AMAN NYAMAN (NYERI) PADA PASIEN
DENGAN KANKER SERVIKS

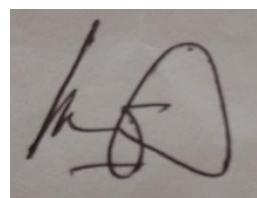
OLEH :
NURUL ATIFAH
NIM : 2317026

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan Disetujui pada tanggal

Pembimbing I



Pembimbing II



Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK.1141 12 161

Hikmah, SPd.M.Kes

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI GAMBARAN GANGGUAN RASA
AMAN NYAMAN (NYERI) PADA PASIEN
DENGAN KANKER SERVIKS

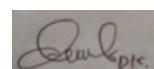
OLEH :
NURUL ATIFAH
NIM : 2317026

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper “YKY”
Yogyakarta pada tanggal 2020

Dewan Penguji :

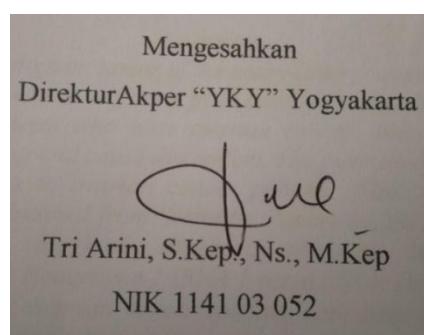
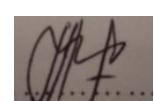
Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns.M.Kep.

Tanda Tangan



Hikmah, SPd.M.Kes

Ana Ratnawati, AhPP.S.Ns.M.Kep.



HALAMAN MOTTO

“Barangsiapa mempersulit urusan seorang muslim maka Allah akan mempersulit urusannya”

(HR. Abu Daud & Tirmidzi)

“Dan (ingatlah juga), tatkala Tuhanmu memaklumkan; “Sesungguhnya jika kamu bersyukur, niscaya Aku akan menambah (nikmat) kepadamu, dan jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka sesungguhnya azab-Ku sangat berat.”

(QS. Ibrahim, 7)

“Sesungguhnya, dalam penciptaan langit dan bumi, siang dan malam, terdapat tanda (kebesaran Allah) bagi orang yang berakal, yaitu orang yang mengingat Allah sambil berdiri, duduk, atau dalam keadaan berbaring, dan mereka memikirkan tentang penciptaan langit dan bumi (seraya berkata) ya Tuhan kami, tidaklah Engkau ciptakan semua ini sia-sia, Maha suci Engkau, lindungilah kami dari azab neraka.”

(QS. Ali Imran, 190-191).

”Lakukan dan berbuatlah baik sekecil apapun, niscaya akan diberikan kebaikan pula kepadamu”.

(Nurul Atifah)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua saya, Bapak Ngadiarjo dan Ibu Kuati yang tercinta dengan penuh kesabaran dan keikhlasan dalam mendidik, membimbing dan memberikan kasih sayang, dan yang senantiasa mendoakan serta membiayai semua kebutuhan dalam setiap langkah menuju cita-cita.
2. Ketiga kakakku beserta suami/istrinya dan keluarga besar yang telah memberikan dukungan dan semangat setiap harinya.
3. Terkasih Mas Jaka Susanto yang telah memberikan semangat, dukungan dan menemani berjuang selama pendidikan dijenjang perkuliahan ini.
4. Bolo kuowo (Nia, Siti, Okta, Nisa, Priti, Ayuna) yang telah memberikan semangat, membantu pengetikan Karya Tulis Ilmiah ini, menemani begadang setiap malam untuk mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Sahabatku Aisyah yang memberikan dukungan dan semangat dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Almamater tercinta Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang sudah memberikan ilmu dan gelar Amd.Kep ini.
7. Gelora wacana (Yessi, Venti, Mita, Umi, Ike, Via, Lela, Arlita, Elfa) teman seperjuangan di kampus Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang saling memberikan semangat setiap perjalanan menuntut ilmu di bangku perkuliahan ini.
8. Teman-temanku kelas 3A yang sudan menemani setiap perjuangan di bangku perkuliahan ini.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat, hidayah dan karunia-Nya maka penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : “Studi Dokumentasi Gambaran Rasa Aman Nyaman(Nyeri) pada pasien Kanker Serviks”.

Karya Tulias Ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan penelitian program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini dapat di susun dan diselesaikan atas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini 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 ini.
2. Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing 1 penulisan Karya Tulis Ilmiah, yang telah memberi arahan dan masukan, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktunya.
3. Hikmah, SPd.M.Kes selaku dosen pembimbing 2 penulisan Karya Tulis Ilmiah, yang telah memberi arahan dan masukan, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktunya.

4. Ana Ratnawati, AhPP.S.Kep.Ns.M.Kepselaku dosen penguji yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran dan motivasi dalam menyelesaian ujian sidang.
5. Seluruh dosen dan staf karyawan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang turut mendukung dalam penyusunan Karya Tulia Ilmiah ini.
6. Kedua orang tua saya yang telah memberikan dukungan, baik secara moril maupun materil serta doa sehingga penulis dapat mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
7. Semua pihak yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
Penulis menyadari atas keterbatasan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga masih banyak kekurangan. Oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Yogyakarta, 17 April 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	i
HALAMAN KEASLIAN PENELITIAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISIix
DAFTAR TABELxi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK	XV
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah Penelitian	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan umum	5
2. Tujuan khusus	5
D. Ruang Lingkup Penelitian.....	6
E. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Teori Dasar	8
1. Kanker serviks	8
a. Anatomi serviks	8
b. Definisi kanker serviks	9
c. Etiologi	10
d. Klasifikasi stadium kanker serviks	11
e. Patofisiologi	14
f. Manifestasi klinis	14
g. Komplikasi	15
h. Dampak penyakit kanker cerviks	16
i. Penatalaksanaan	16
2. Konsep nyeri	19

a.	Pengertian nyeri	19
b.	Etiologi	20
c.	Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri	20
d.	Skala nyeri	21
e.	Klasifikasi nyeri	21
f.	Penatalaksanaan nyeri	21
g.	Diagnosis nyeri	23
h.	Nyeri pada kanker serviks	24
3.	Asuhan keperawatan kanker serviks	25
a.	Pengkajian	25
b.	Diagnosa keperawatan	28
c.	Perencanaan keperawatan	29
d.	Implementasi	30
e.	Evaluasi	30
f.	Dokumentasi	31
B.	Kerangka Teori	32
BAB III METODE PENELITIAN		33
A.	Rancangan Penelitian	33
B.	Objek Penelitian	33
C.	Lokasi dan Waktu	33
D.	Definisi Operasional	34
E.	Instrumen	34
F.	Teknik Pengumpulan Data	34
G.	Analisa Data	35
H.	Etika Penulisan	35
I.	Kerangka Alur Penelitian	36
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		37
A.	Hasil	37
1.	Karakteristik Partisipan	37
2.	Asuhan Keperawatan	37
B.	Pembahasan.....	41
C.	Keterbatasan Studi Dokumentasi	52
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....		53
A.	Kesimpulan	53
B.	Saran.....	54
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Stadium Kanker Serviks	13
Tabel 2.2 Definisi Operasional	14

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistim Reproduksi Wanita	9
Gambar 2.2 Stadium Kanker Serviks	12
Gambar 2.3 <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS)	23
Gambar 2.4 <i>Verbal Rating Scale</i> (VRS)	23
Gambar 2.5 <i>Visual Analog Scale</i> (VAS)	23
Gambar 2.6 <i>Wong Baker FACES Pain Rating Scale</i>	23

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	31
Bagan 2.2 Kerangka Alur	32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal kegiatan

Lampiran 2 : Bukti bimbingan

Lampiran 3 : Dokumentasi data asuhan keperawatan

Nurul Atifah. (2020). Gambaran gangguan rasa aman nyaman (Nyeri) pada pasien kanker serviks

Pembimbing : Dewi Kusumaningtyas, Hikmah

Abstrak

Kanker serviks merupakan pertumbuhan sel-sel abnormal pada serviks dimana sel-sel normal berubah menjadi sel kanker. Salah satu masalah asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks yaitu nyeri, karena nyeri disebabkan oleh rusaknya jaringan normal pada anggota tubuh dan tekanan massa kanker yang menekan organ tubuh lainnya. Tujuan studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan dan diketahuinya hasil pendokumentasian gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks. Metode studi dokumentasi adalah studi yang menggambarkan suatu kasus gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks dengan menggunakan satu data asuhan keperawatan mahasiswa tahun 2016 yang dilakukan di Ruang Bougenvile 1 RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta, dengan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah dimulai pada Bulan Februari sampai Bulan Juni 2020.

Dari hasil analisis data asuhan keperawatan didapatkan hasil bahwa dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.N dari pengkajian sampai dengan evaluasi masalah nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis teratasi sebagian selama 3 x 24 jam. Setelah melakukan studi dokumentasi pasien kanker serviks dengan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) perlu diberikan asuhan keperawatan yang sesuai untuk meningkatkan kualitas hidup dan mencegah komplikasi.

Kata Kunci : Kanker Serviks; Nyeri

Nurul Atifah. (2020). Overview Of Safe Feeling Comfortable In Cervical Cancer Patients

Mentor : Dewi Kusumaningtyas, Hikmah

Abstract

Cervical cancer is the growth of abnormal cells in the cervix where normal cells turn into cancer cells. one of the problems of nursing care in cervical cancer patients is pain, because pain is caused by damage to normal tissue in the limbs and the pressure of the mass of the cancer that presses other organs. The purpose of this documentation study is to find out the picture of nursing care and know the results of documenting the discomfort of comfortable safety (pain) in cervical cancer patients. The documentation study method is a study that describes a case of discomfort comfortable (pain) in cervical cancer patients using a data of 2016 nursing care students conducted in Bougenvile 1 Room Dr.Sardjito General Hospital Yogyakarta, with the preparation of Scientific Papers starting in the Month February to June 2020.

From the results of the analysis of nursing care data, it was found that in carrying out nursing care in Mrs. N from the assessment to the evaluation of acute pain problems related to biological injury agents partially resolved for 3 x 24 hours. After conducting a documentation study of cervical cancer patients with a discomfort feeling comfortable (pain) need to be given appropriate nursing care to improve quality of life and prevent complications.

Keywords: *Cervical Cancer; Pain*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan reproduksi adalah kesehatan secara menyeluruh mencakup kesehatan fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yaitu mencakup kehidupan yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah, masalah kesehatan reproduksi yang dialami wanita saat ini adalah meningkatnya infeksi pada organ reproduksi yang pada akhirnya menyebabkan kanker (Nugroho, 2010). Kanker termasuk salah satu penyakit yang tidak menular. Data *World Health Organization*/WHO (2017) menyebutkan bahwa penyakit kanker menjadi penyebab kematian terbesar kedua setelah penyakit kardiovaskuler di seluruh dunia (Torre, 2012).

Menurut Darul (2014) kanker serviks adalah kanker yang terjadi pada leher rahim, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina) atau pertumbuhan sel-sel abnormal pada serviks dimana sel-sel normal berubah menjadi sel kanker, perubahan ini bisa memakan waktu 10-15 tahun. Kanker ini biasanya terjadi pada wanita yang telah berumur, kanker serviks dapat menyerang wanita yang berumur antara 40-55 tahunDepkes RI (2013).Faktor risiko yang mendukung timbulnya penyakit kanker serviks adalah riwayat hubungan seksual sebelum umur 20 tahun, multipartner, riwayat obstetri hamil di usia muda,kurang

pengetahuan, riwayat kontrasepsi hormonal, penyakit infeksi berbagai bakteri dan virus adalah penyebab dari berbagai jenis kanker (Wahyuni, 2013).

Infeksi kuman *Human Papilloma Virus* (HPV) merupakan etiologi tersering kanker serviks. *Human Papilloma Virus* tipe 16,18,31, dan 45, 52 yang secara bersamaan menjadi penyebab lebih dari 80% kanker serviks (Rahayu,2015). Infeksi HPV mempunyai pravalensi yang tinggi pada kelompok usia muda, sementara yang menimbulkan kanker serviks baru timbul pada usia tiga puluh tahunan atau lebih (Departemen Obstetri dan Ginekologi, 2011).

Menurut penelitian *World Health Organization*/WHO (2014) di seluruh dunia angka penderita kanker serviks tertinggi yaitu Malawi, Afrika Selatan, sebanyak 490.000 kasus kanker serviks dan mengakibatkan 240.000 kematian setiap tahunnya. Kejadian kanker serviks di Indonesia menempati urutan kedua dari semua jenis kanker pada wanita, yaitu terdapat angka kanker serviks 42,1% dari 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 17% dari 100.000 penduduk. Kanker serviks di Indonesia menduduki urutan kedua dari 10 kanker terbanyak, kanker serviks di Indonesia menepati urutan ke 8 di Asia Tengara dan urutan ke 23 di Asia sebanyak 14,1 juta orang dengan rata-rata kematian 13,9% dari 100.000 penduduk (WHO, 2012 dalam Torre, 2012)

Daerah Istimewa Yogyakarta terdapat kasus kanker serviks yaitu sebesar 4,1 per mil (Kemenkes RI, 2016). Menurut HOGI (Himpunan

Ginekologi Onkologi Indonesia) 2018 data terbaru yaitu menemukan insiden 1.000 perempuan kanker serviks, 80% pasien dalam stadium lanjut, dan meninggal dalam waktu dua tahun (Risikesdas, 2013).

Dampak dari penyakit kanker serviks adalah stres emosional, keterasingan sosial, diangkat alat reproduksinya, kecacatan, menangis sendiri merasa diasingkan, rasa minder, suami menikah lagi, kehilangan pekerjaan, merasa minder bahwa ini adalah penyakit sebagai hukuman untuknya, bahkan ketakutan menghadapi ancaman kematian (Deden, D & Rusdi, 2013)

Asuhan keperawatan pada kanker servik adalah serangkaian tindakan proses keperawatan yang diberikan kepada klien baik biologis, psikologis, sosial, spiritual sesuai dengan kaidah keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien kanker serviks yaitu, nyeri akut, kecemasan, ketidakseimbangan nutrisi, defisit pengetahuan, gangguan eliminasi urin, risiko infeksi, gangguan konsep diri rasa nyeri saat berhubungan seksual (Nurafif & Kusuma, 2015). Nyeri pada pasien kanker serviks akan berpengaruh terhadap emosional, kecemasan akan rasa sakit yang dirasakan, gangguan metabolismik, hilangnya fungsi dan mati rasa di area organ yang disebabkan rusaknya jaringan normal pada anggota tubuhnya dan tekanan massa kanker yang menekan organ tubuh lainnya. Apabila sel karsinoma telah mendesak pada jaringan syaraf timbul masalah keperawatan nyeri yang terdiagnosis stadium invasif, stadium lanjutan bahkan stadium

terminal, pada keadaan stadium lanjut dan stadium terminal keluhan nyeri yang paling menonjol (Goldberg dan Mcgee, 2011).

Perawat dalam menjalankan perannya dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks dengan upaya memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien kanker serviks, melakukan pemeriksaan kesehatan yang lengkap ke pelayanan kesehatan, memberikan tindakan keperawatan dan terapi pengobatan sesuai dengan masalah dan respon pasien terhadap penyakit, upaya pemulihan kesehatan sehingga dapat mencegah komplikasi (Rasjidi, 2010).

Berdasarkan permasalahan di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul gambaran gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah yang dikemukakan diatas, penulis merumuskan masalah penelitian : Bagaimana Studi Dokumentasi Gambaran Gangguan Rasa Aman Nyaman (Nyeri) pada Pasien dengan Kanker Serviks.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan gangguan rasa aman nyaman (Nyeri) pada pasien kanker serviks.

2. Tujuan Khusus

Diketahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai pengkajiangangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks.
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks.
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai rencana keperawatan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks.
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi keperawatan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks.
- f. Hasil studi dokumentasi mengenai dokumentasi keperawatan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks.
- g. Hasil studi dokumentasi mengenai peran keluarga dalam asuhan keperawatan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks.

D. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan maternitas, materi yang dibahas adalah gambaran gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa tahun 2016.

E. Manfaat Penelitian

Studi dokumentasi ini diharapkan memberikan manfaat :

1. Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam gambaran gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien dengan kanker serviks

2. Praktis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi dokumentasi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviks

BAB II

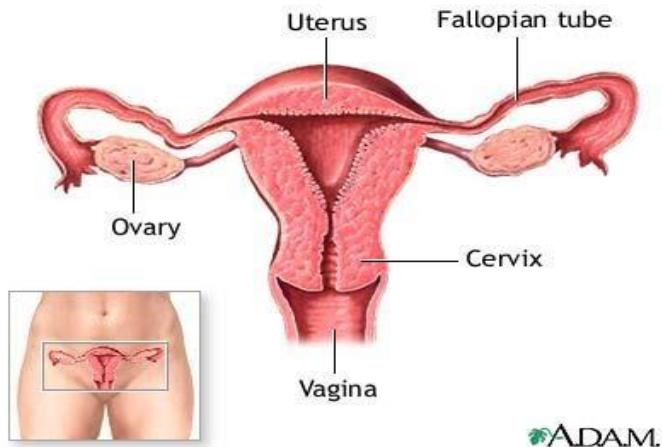
TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Dasar

1. Kanker serviks

a. Anatomi Serviks

Serviks merupakan bagian bawah uterus yang menonjol ke dalam liang vagina sebagai *porsio vaginalis* dan menghubungkan organ ini ke vagina melalui kanalis servikalis, dibagi atas porsio yang menonjol ke dalam vagina (*porsio vaginalis*) dan di atas vagina (*porsio supravaginal*). Kanalis servikalis yang bermuara ke dalam uterus adalah orifisium internum, dan yang bermuara ke dalam vagina adalah *orifisium eksternum*. Permukaan luar dari porsio vaginalis dikenal sebagai ektoserviks dan porsio yang berhubungan dengan kanal endoservik adalah endoservik. Mukosa servikal mengalami sedikit sekali perubahan dan tidak dilepaskan selama masa menstruasi. Namun serviks mengandung banyak kelenjar bercabang, dan kelenjar ini menampakkan perubahan aktivitas sekretoris selama fase-fase siklus menstruasi yang berbeda. Jumlah dan jenis mukus yang disekresi kelenjar kelenjar servikal berubah selama siklus menstruasi karena dipengaruhi hormon ovarium berbeda. Sebagian besar ektoserviks dilapisi epitel skuamous non keratinizing dan pada anak terdiri dari 3 lapisan yaitu : sel basal, midzone (*stratum spongiosum*) dan superfisial (Irianto, 2014).



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita

Sumber:https://www.kompasiana.com/alb_lay/55007297a333115b74510bdc/kanker-pra-kanker-dan-kanker-serviks

b. Definisi Kanker Serviks

Kanker serviks adalah pertumbuhan sel-sel abnormal pada serviks dimana sel-sel normal berubah menjadi sel kanker. Kanker serviks merupakan keganasan yang terjadi dari serviks. Serviks merupakan leher rahim berbentuk silinder jaringan yang menghubungkan vagina dan uterus (Kemenkes RI, 2016). Sedangkan menurut Darul (2014) kanker serviks adalah kanker yang terjadi pada leher rahim, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina).

Kanker ini biasanya terjadi pada wanita yang telah berumur, kanker serviks dapat menyerang wanita yang berumur antara 40-55 tahun, yaitu pada puncak usia produktif wanita sehingga akan

menyebabkan gangguan kualitas hidup secara fisik, kejiwaan, dan kesehatan seksual. Waktu yang diperlukan bagi kanker serviks untuk berkembang cukup lama sekitar 10-15 tahun (Nurafif & Kusuma, 2015).

c. Etiologi

Menurut Firmana (2017) penyebab terjadinya kelainan pada sel-sel serviks tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker serviks yaitu :

1) *Infeksi Human Papiloma virus HPV*

Infeksi Human Papiloma virus (HPV) adalah sebuah famili yang memiliki 150 lebih virus, beberapa diantaranya menyebabkan jenis pertumbuhan yang disebut papilomas, yang lebih dikenal sebagai kutil.

2) Hubungan seksual pertama pada usia dibawah 18 tahun

Berhubungan seksual pertama kali pada umur ≤ 20 tahun mempunyai risiko 4,788 kali lebih besar untuk mengalami lesi prakanker serviks, kematangan sistem imun terutama mukosa serviks sendiri sangat rentan.

3) Pemakaian pil KB

Terdapat bukti bahwa menggunakan kontrasepsi oral dalam jangka waktu yang lama meningkatkan risiko kanker serviks tapi risiko kembali turun lagi setelah kontrasepsi oral dihentikan.

4) Golongan ekonomi lemah

Tidak memiliki akses untuk layanan perawatan kesehatan yang memadai seperti tes pap smear mereka mungkin tidak mendapatkan skrining.

5) Kebersihan genital yang tidak terjaga

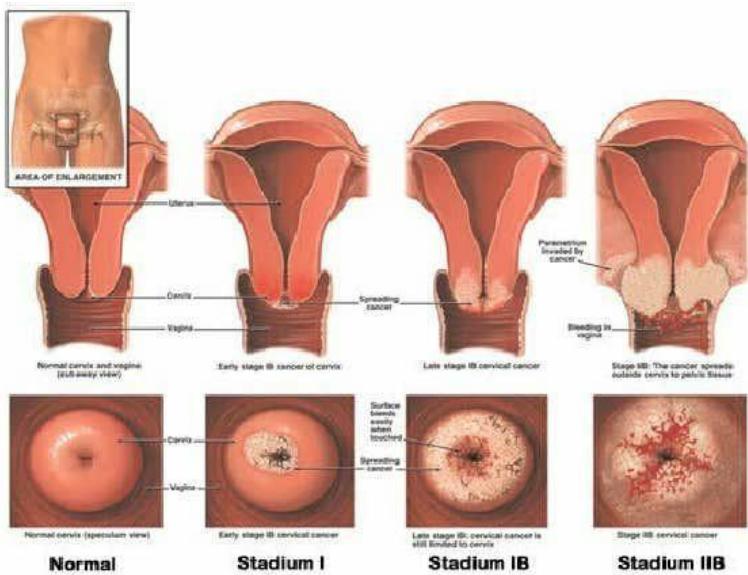
Kebersihan memiliki pengaruh terhadap pH vagina sehingga dapat memberikan peluang untuk pertumbuhan flora, dapat meningkatkan risiko 29 kali dibanding hygiene baik.

6) *Imunosupresif* (Penurunan Kekebalan Tubuh)

Peningkatan terjadinya kanker serviks bahwa *Human immunodeficiency virus* (HIV) yang menyebabkan AIDS merusak sistem kekebalan tubuh dan menempatkan perempuan pada risiko tinggi untuk infeksi HPV.

d. Klasifikasi Stadium Kanker Serviks

Stadium adalah istilah yang digunakan oleh ahli medis untuk menggambarkan tahapan kanker serta sejauh mana kanker tersebut telah menyebar dan menyerang jaringan di sekitarnya (Nurafif & Kusuma, 2015).



Gambar 2.2 Stadium Kanker Serviks

Sumber : <https://www.hipwee.com/tips/perkenalkan-kanker-serviks-pengancam-hidup-kaum-hawa-kamu-harus-waspada/>

Menurut Nurafif dan Kusuma (2015) dalam penentuan stadium dibedakan menjadi :

1) Penentuan stadium klinis

Dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan sederhana laboratorium, radiodiagnostik dan endoskopik

2) Penetapan stadium radiologik

Menggunakan fasilitas pencitraan seperti tomografi komputer, lopografi, resonansi magnetik

3) Penetapan stadium pembedahan

Menggunakan penemuan sewaktu operasi

4) Penentuan stadium patologik

Memperhatikan penilaian histologik mengenai invasi tumor dan adanya metástasis ke kelenjar limfe

Klasifikasi stadium kanker menurut Rahayu (2015) dalam tabel sebagai berikut :

Tabel : 2.1 Stadium Kanker Serviks

Stadium	Pengertian
Stadium 0	Pada stadium ini disebut juga “ <i>Carcinoma In Situ (CIS)</i> ” yang berarti bahwa beberapa sel serviks mengalami perubahan. Namun sel-sel abnormal mulai terdapat dan terkandung dalam lapisan permukaan serviks dan masih pada tempatnya.
Stadium 1	Karsinoma masih terbatas di serviks atau telah tumbuh di serviks belum menyebar kemana pun
Stadium 1 ^a	Kanker begitu kecil sehingga hanya bisa dilihat dengan mikroskop atau kolposkop
I A1	Kanker telah tumbuh dengan ukuran kurang dari 3 mm ke dalam jaringan serviks dan lebarnya kurang dari 7 mm
I A2	Berukuran antara 3 sampai 5 mm ke dalam jaringan-jaringan serviks, dan lebarnya kurang dari 7 mm
Stadium 1B	Area kanker lebih luas tetapi belum menyebar, kanker ini biasanya bisa dilihat tanpa menggunakan mikroskop
I B1	Ukuran tidak lebih besar dari 4 cm
I B2	Lesi yang tampak lebih dari 4 cm
Stadium II	Kanker telah menyebar pada vagina bagian atas. tetapi belum mengenai panggul atau sepertiga bagian bawah
II A	Telah menyebar ke vagina bagian atas
II A 1	Kanker berukuran 4 cm atau kurang
II A 2	Kanker berukuran lebih dari 4 cm
II B	Kanker telah menyebar ke jaringan sekitar vagina dan serviks namun belum sampai ke dinding panggul
Stadium III	Kanker telah menyebar ke bagian lunak sekitar vagina dan serviks sepanjang dinding panggul menyebabkan hidronefritis atau tidak berfungsi ginjal
III A	Kanker telah meluas kesepertiga bawah vagina dan tidak sampai kedinding panggul

III B	Tumor telah meluas kedinding panggul dan menyebabkan tidak berfungsi ginjalnya
Stadium IV	Kanker yang paling parah yaitu meluas keluar dari organ serviks dan Rahim
IV A	Kanker telah menyebar ke organ kandung kemih atau rectum dan keluar dari rongga panggul minor
IV B	Kanker telah menyebar ke organ-organ tubuh yang sangat jauh seperti paru-paru

e. Patofisiologi

Karsinoma serviks invasif terjadi jika tumor menembus epitel masuk ke dalam stoma serviks, invasi dapat terjadi pada beberapa tempat sekaligus sel-sel tumor meluas kedalam jaringan ikat dan akhirnya menembus pembuluh limfe dan vena. Karsinoma serviks dapat meluas dan menginviasi ke daerah dinding vagina, ligamentum kardiale dan rongga endometrium invasi ke pembuluh limfe dan pembuluh darah yang dapat menyebabkan metastase ke tempat-tempat yang jauh.

Pada stadium tertentu sel karsonima dapat mengganggu kerja sistema uraniaria menyebabkan hidroureter atau hidronefrosis yang menimbulkan masalah keperawatan resiko penyebaran infeksi (Andrijono, 2012)

f. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda dini kanker serviks kebanyakan tidak menimbulkan gejala, namun dalam perjalanan dan ketika sel serviks yang abnormal berubah menjadi keganasan dan menyusup ke jaringan sekitarnya akan menimbulkan gejala dan keluhan menurut Nurafif & Kusuma (2015) sebagai berikut :

- 1) Keputihan yang semakin lama semakin berbau kadang bercampur darah akibat infeksi
- 2) Perdarahan yang terjadi diluar senggama yang lama kelamaan akan terjadi perdarahan spontan walaupun tidak melakukan hubungan seksual
- 3) Pedarahan spontan saat defekasi karena terbukanya pembuluh darah yang semakin lama semakin terjadi pedarahan dan perdarahan pada wanita usia monopouse
- 4) Perdarahan spontan pervaginam yang tidak normal (perdarahan di antara periode menstruasi, periode menstruasi yang lebih lama dan lebih banyak dari biasanya) dan berbau busuk
- 5) Nyeri panggul dan nyeri pinggang
- 6) Sering berkemih, buang air kecil atau air besar yang sakit
- 7) Anemia akibat perdarahan yang sering timbul
- 8) Berkurangnya nafsu makan, menurunnya berat badan dan kelelahan

g. Komplikasi

Pada lesi prakanker, akan menyebabkan kegagalan fungsi reproduksi karena komplikasi pengobatan lesi prakanker. Pada kanker serviks stadium awal akan dapat menyebabkan kegagalan fungsi reproduksi khususnya pada penderita usia muda karena pengobatan, pembedahan maupun radiasi. Kanker serviks stadium lanjut ataupun kanker serviks yang tumbuh lagi setelah pengobatan

dapat menyebabkan kematian pada penderitanya karena kegagalan pengobatan. Pada stadium lanjut, kanker dapat menyebar ke berbagai organ lainnya sehingga dapat menyebabkan gangguan fungsi berbagai organ seperti ginjal, paru-paru dan organ lainnya (Torre, 2012).

h. Dampak Penyakit Kanker Serviks

Dampak dari penyakit kanker serviks adalah stres emosional, keterasingan sosial, dampak dari fisik yaitu diangkat alat reproduksinya, kecacatan, menangis sendiri merasa diasingkan, rasa minder, suami menikah lagi, kehilangan pekerjaan, merasa minder bahwa ini adalah penyakit sebagai hukuman untuknya, bahkan ketakutan menghadapi ancaman kematian (Wijaya, 2010)

i. Penatalaksanaan

Menurut Arumaniez (2010) dalam Rosdahl (2014), tes yang dapat dilakukan untuk deteksi dini kanker serviks yaitu sebagai berikut :

1) Pap smear

Pemeriksaan dengan menggunakan sikat untuk mengambil sedikit sampel sel-sel leher rahim untuk memeriksa tanda-tanda perubahan pada sel yang abnormal *Cervical Intraepitheleal Neoplasia* (CIN). Pada usia 21-30 tahun dilakukan menggunakan metode kaca slide, pada usia 30-70 tahun setiap 2-3 tahun jika pap smear terakhir normal, usia di atas 70 tahun

dapat menghentikan jika 3 pap smear normal terakhir atau tidak ada pap dalam 10 tahun terakhir yang abnormal.

2) Tes IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat)

Menggunakan asam asetat 3-5% pada inspekulo dan dilihat dengan pengamatan mata telanjang apakah ada kelainan seperti area berwarna putih, jika tidak ada perubahan warna dapat dianggap tidak terdapat tanda infeksi pada serviks.

3) Biopsi Serviks yaitu sebuah penyedia layanan kesehatan mengambil sempel jaringan, biopsi serviks sering diakukan selama koloskopi.

4) Koloskopi yaitu sebuah tes tindak lanjut untuk pap smear yang abnormal. Serviks dilihat dengan kaca pembesar yang dikenal dengan istilah koloskopi dengan pembesaran dan melihat bagian serviks yang terinfeksi, pembuluh darah setelah pemberian asetat dan dapat mengambil biopsi dari setiap daerah yang tidak terlihat sehat.

5) Tes DNA *Human Papillomavirus /HPV*

Tes ini dapat mengidentifikasi apakah tipe HPV yang dapat menyebabkan kanker serviks.

Penatalaksanaan berdasarkan stadium kanker yaitu Stadium 0-Ia : Biopsi kerucut, histerektomi transvaginal, Stadium Ib dan IIa : Histerektomi radikal dengan limpadenektomi panggul dan evaluasi kelenjar limfe pada aorta (bila terdapat metastasis

maka dilakukan radioterapi pasca pembedahan), Stadium IIb : Histerektomi, radiasi, dan kemoterapi, Stadium III-IVb : Radiasi, kemoterapi. Menurut Arumaniez (2010) dalam Rahayu (2015), ada beberapa penatalaksanaan kanker serviks yaitu :

- 1) *Cerclage* serviks yaitu prosedur bedah dengan menjahit tertutup seluruh serviks selama kehamilan untuk mencegah persalinan premature
- 2) Pembedahan pada karsinoma in situ (kanker yang terbatas pada lapisan serviks paling luar). Jika penderita tidak memiliki rencana untuk hamil lagi dianjurkan untuk menjalani histerektomi.
- 3) Metode krioterapi yaitu membekukan serviks yang terdapat lesi pra kanker pada suhu yang amat dingin dengan gas CO₂
- 4) Kemoterapi, kemoterapi menggunakan obat-obatan untuk membunuh sel-sel kanker.
- 5) Histerektomi yaitu operasi pengangkatan semua uterus dan serviks.
- 6) Biopsi kerucut yaitu biopsi serviks yang menghilangkan sepotong jaringan berbentuk kerucut dari serviks
- 7) Terapi penyinaran (radioterapi). Terapi radioterapi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk merusak sel-sel

kanker dan menghentikkan pertumbuhannya. Ada dua macam radioterapi :

a) Radiasi eksternal

Sinar berasal dari sebuah mesin besar penderita tidak perlu dirawat dirumah sakit dilakukan sebanyak 5 hari/minggu selama 5-6 minggu

b) Radiasi internal

Zat radioaktif yang terdapat di sebuah kapsul dimasukkan langsung ke dalam serviks. Kapsul ini dibiarkan selama 1-3 hari, penderita dirawat di rumah sakit bisa diulang beberapa kali selama 1-2 minggu.

8) Terapi biologis

Terapi biologis menggunakan zat-zat untuk memperbaiki sistem kekebalan tubuh dengan melawan penyakit. Terapi biologis yang digunakan adalah interferon, yang bisa dikombinasikan dengan kemoterapi.

2. Konsep Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik multidimensi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut (Rasjidi, 2010). Nyeri akan

membantu individu untuk tetap hidup dan melakukan kegiatan secara fungsional. Pada kasus-kasus gangguan sensasi nyeri maka dapat terjadi kerusakan jaringan yang hebat.

b. Etiologi nyeri

Ada banyak hal yang dapat menyebabkan timbulnya nyeri seorang yang tersiram air panas akan merasakan nyeri yang terbakar, seorang yang mengalami luka fisik akibat tusukan benda tajam juga dapat mengalami nyeri. Pengelompokan penyebab nyeri ke dalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis merupsakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab fisik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Secara fisik misalnya akibat trauma baik, trauma mekanik, termal, maupun kimia (Kozier, *et al*, 2010).

c. Skala nyeri

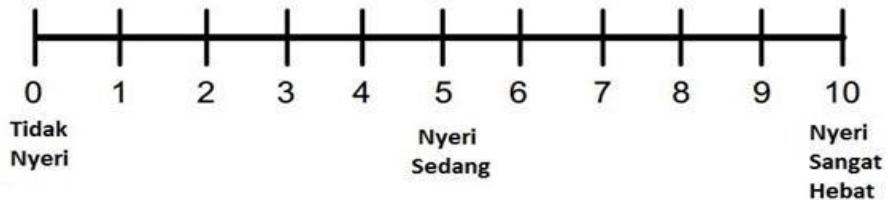
Pengukuran derajat nyeri sebaiknya dilakukan dengan tepat karena sangat dipengaruhi oleh factor subyektif seperti factor fisiologis, psikologis, lingkungan. Pada saat ini nyeri ditetapkan sebagai tanda vital kelima yang bertujuan untuk meningkatkan kepedulian akan rasa nyeri dan diharapkan dapat memperbaiki tatalaksana nyeri akut. Cara untuk mementukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut :

- 1) Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur
- 2) Nyeri sedang adalah nyeri terus menerus, aktivitas terganggu, yang hilang apabila penderita tidur
- 3) Nyeri berat adalah nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tidak dapat tidur atau sering merasakan gangguan nyeri sewaktu tidur

Intensitas nyeri merupakan suatu gambaran untuk mendeskripsikan seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh klien, pengukuran nyeri sangat subjektif dan bersifat individual sehingga intensitas nyeri yang dirasakan berbeda dengan individu lainnya. Metode pengukuran skala nyeri meliputi *Numeric Rating Scale (NRS)*, *Verbal Rating Scale (VRS)*, *Visual Analog Scale (VAS)*, dan *Wong Baker FACES Pain Rating Scale* adalah sebagai berikut :

- 1) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Numeric Rating Scale (NRS) ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. Skala numerik dari 0 hingga 10, nol (0) merupakan keadaan bebas nyeri, sedangkan angka sepuluh (10) suatu nyeri yang sangat berat.

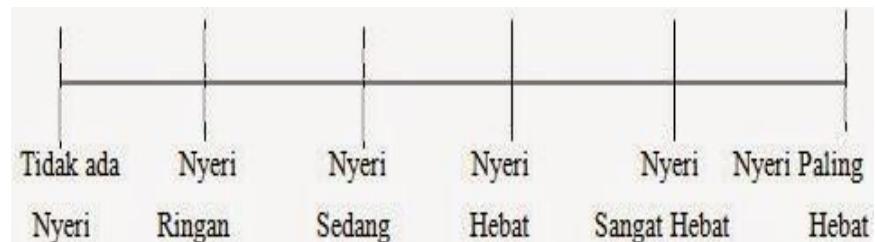


Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Sumber : Yudiyanta dkk (2015)

2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan dua ujung yang sama, skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah.



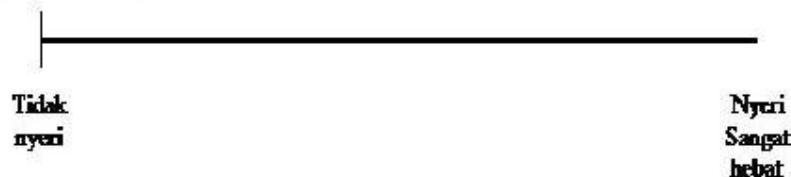
Gambar 2.4 *Verbal Rating Scale (VRS)*

Sumber : Yudiyanta dkk (2015)

3) *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) memiliki rentang nyeri berupa garis panjang 10 cm, tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung satu berupa pernyataan tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain berupa rasa nyeri berat, skala nyeri ini dibuat vertikal atau horizontal. Digunakan pada klien anak ≥ 8 tahun dan dewasa, namun untuk periode

bedah VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



Gambar 2.5 *Visual Analog Scale (VAS)*

Sumber : Yudiyanta (2015)

4) *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala nyeri ini mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, tidak ada sakit sampai wajah meringgis di skala 10 yang menggambarkan sakit terburuk. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan komunikasi dan orang yang tidak bisa berbahasa Inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat.



Gambar 2.6 *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*
Sumber : (Kozier, 2011)

d. Faktor-faktor yang memengaruhi nyeri

Menurut Padila (2012) faktor-faktor yang memengaruhi nyeri adalah sebagai berikut :

- 1) Pengalaman nyeri sebelumnya

Sebagian orang yang berkali-kali mengalami nyeri yang berkepanjangan akan mentoleransi nyeri dibandingkan dengan orang yang jarang mengalami nyeri.

- 2) Ansietas

Kecemasan akan meningkatkan persepsi nyeri seseorang, kecemasan yang tidak berhubungan dengan nyeri akan mengalihkan perhatian seseorang dan mengurangi nyeri yang dirasakan.

e. Klasifikasi nyeri

Menurut Wahyuni (2013) mengklasifikasikan nyeri secara umum yaitu sebagai berikut :

- 1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung tidak lebih dari 6 bulan, gejalanya mendadak dan bisanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui.

2) Nyeri Kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan

f. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Wahyuni (2013) penatalaksanaan nyeri farmakologis dan non farmakologis :

1) Tindakan farmakologis

Tindakan farmakologis yaitu anastesi lokal, bekerja dengan memblok konduksi syaraf saat diberikan langsung ke serabut syaraf. Dapat menurunkan nyeri dengan produksi prostaglandin dari jaringan jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi, yang menghambat reseptor nyeri untuk menjadi sensitif terhadap stimulus menyakitkan sebelumnya.

2) Tindakan non Farmakologis

Dapat digunakan untuk pelengkap dalam pemberian analgesik,

Tindakan non farmatologis yaitu meliputi :

a) Masase

Tindakan kenyamanan yang dapat membantu relaksasi, menurunkan ketegangan otot, dan dapat menurunkan ansietas

b) Terapi panas

Terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah suatu area dan kemungkinan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan

c) Teknik relaksasi

Relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot, dilakukan dengan berirama, memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman

d) Distraksi

Tindakan dengan memfokuskan perhatian pada suatu selain pada nyeri misalnya menonton film dan bermain catur.

e) Terapi musik

Mengurangi nyeri dan kecemasan.

g. Diagnosis nyeri

Batasan karakteristik nyeri menurut NANDA (2017) antara lain :

- 1) Bukti nyeri dengan menggunakan standar dasar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya
- 2) Ekspresi wajah nyeri, misalnya mata kurang bercahaya tampak kacau meringis
- 3) Fokus menyempit misalnya persepsi waktu, proses berfikir, interaksi dengan orang lain dan lingkungan.
- 4) Fokus pada diri sendiri

- 5) Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri misalnya, sekala Wong-Baker Faces, skala analog fisual, skala penilaian numerik.
- 6) Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri.
- 7) Laporan tentang perilaku nyeri/ perubahan aktifitas
- 8) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- 9) Mengekspresso perilaku, misalnya menangis, gelisah, waspada
- 10) Perubahan pada parameter fisiologis misalnya, tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernafasan, saturasi oksigen
- 11) Perubahan selera makan
- 12) Sikap melindungi area nyeri

h. Nyeri pada Kanker Serviks

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan jaringan yang rusak, atau segala keadaan yang menunjukkan adanya kerusakan jaringan, nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi pada pasien kanker. Nyeri pada pasien kanker serviks akan berpengaruh terhadap emosional, kecemasan akan rasa sakit yang dirasakan, gangguan metabolismik, hilangnya fungsi dan mati rasa di area organ yang disebabkan rusaknya jaringan normal pada anggota tubuhnya dan

tekanan massa kanker yang menekan organ tubuh lainnya(Rasjidi, 2010).

Kanker serviks menimbulkan gejala atau semacam keluhan kemudian sel-sel yang mengalami mutasi dapat berkembang menjadi sel displasia. Apabila sel karsinoma telah mendesak pada jaringan syaraf timbul masalah keperawatan nyeri yang terdiagnosis stadium invasif, stadium lanjutan bahkan stadium terminal, pada keadaan stadium lanjut dan stadium terminal keluhan nyeri yang paling menonjol (Goldberg & Mcgee, 2011).

3. Asuhan Keperawatan pada kanker serviks secara holistik

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival pasien dalam aspek pemeliharaan, rehabilitative dan preventif perawatan kesehatan dengan elemen yang paling relevan dari sistem teori, dengan menggunakan metode ilmiah (Padila, 2012).

a. Pengkajian

Menurut Padila (2012) pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien, hal yang harus dikaji adalah :

1) Data diri klien

a) Nama : untuk mengidentifikasi pasien

- b) Umur : menentukan faktor risiko terjadi pada wanita usia muda sebelum umur 20 tahun dan wanita umur >40 tahun
- c) Suku/bangsa : mengetahui pola kehidupan pasien
- d) Agama : untuk mengetahui agama yang dianut agar lebih mudah dalam melakukan pendekatan
- e) Pendidikan : mengetahui tingkat pengetahuan ibu
- f) Alamat : mengetahui tempat tinggal pasien, mengetahui bila ada pasien yang namanya sama

2) Keluhan utama

- a) Riwayat kesehatan sekarang
Menceritakan kronologi pasien, sejak kapan klien merasakan tanda gejala kanker serviks sehingga klien dirawat.
- b) Riwayat kesehatan yang lalu
Menanyakan apakah pernah menderita penyakit ginekologi, keturunan seperti hipertensi dan jantung.
- c) Riwayat kebidanan
 - (1) Mengetahui sistema menarce dan gangguannya
 - (2) Riwayat pernikahan
Untuk mengetahui suami, umur nikah dan berapa lama
 - (3) Riwayat kehamilan
Persalinan, nifas, kehamilan yang lalu ditolong oleh siapa dengan usia kehamilan berapa minggu,

persalinan terakhir mengalami pendarahan, melahirkan spontan, pernah abortus atau tidak.

(4) Riwayat Kontrasepsi

Alat kontrasepsi apa yang pernah digunakan, lamanya, dan alasan mengapa klien menggunakan.

(a) Aspek fisik :

(i) Aktivitas : kelemahan

(ii) Perubahan pola istirahat dan jam tidur

(iii) Sirkulasi : palpasi perubahan tekanan darah

(iv) Eliminasi : perubahan pada pola defekasi, konstipasi perubahan eliminasi urin

(v) Makanan : perubahan kelembaban atau turgor kulit, penurunan BB

(b) Aspek biologis

Kaji adanya perubahan fisik diantaranya mual, muntah akibat agen kemoterapi yang mempengaruhi cemoreseptor kemudian menuju nerotransmpter selanjutnya memicu mual muntah

(c) Aspek psikologis

Bagaimana pasien mengetahui masalahnya, manajemen coping pasien, apakah dapat

menerima kondisi setelah sakit, pola peran pasien dengan keluarga dan lingkungan sekitar

(d) Aspek sosial

Pasien dengan kanker serviks dapat merasa malu akibat dari perubahan fisik yang dialami dengan orang sekitar dimana salah satu etiologi kanker serviks adalah akibat dari sering berganti-ganti pasangan seksual. Pendampingan suami dan keluarga serta pantangan budaya yang menekan seperti pantangan makanan.

(e) Aspek spiritual

Pasien dengan kanker serviks dapat merasa penyakit yang didapatkan sebagai hukuman pada dirinya, pasien bisa menjalankan kegiatan keagamaan seperti sholat, berdoa dan berfikir mengapa dirinya memiliki kanker.

b. Diagnosa keperawatan

Menurut Padila (2012) diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atas risiko perubahan pola) perawat mengidentifikasi dan memberi intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah, diagnosa keperawatan yang muncul pada kanker serviks yaitu :

- 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- 4) Perubahan citra tubuh dan harga diri berhubungan dengan perubahan dalam penampilan fungsi dan peran
- 5) Risiko tinggi terhadap disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan struktur atau fungsi tubuh, perubahan kadar hormone
- 6) Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
- 7) Kurang pengetahuan atau kurang informasi berhubungan dengan kondisi, prognosis dan pengobatan
- 8) Koping individu tidak efektif berhubungan dengan gangguan dalam proses melepaskan tekanan atau ketegangan
- 9) Ketidakefektifan managemen kesehatan keluarga berhubungan dengan kesulitan mengatasi kerumitan program pengobatan
- 10) Gangguan eliminasi buang air besar BAB atau konstipasi berhubungan dengan pola defekasi tidak teratur

c. Perencanaan keperawatan

Menurut Padila (2012) perencanaan meliputi perkembangan strategi design untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan:

Diagnosa : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis/fisik

Tujuan : *point control*, klien merasa reda adanya nyeri dan nyaman yang ditimbulkan

Kriteria hasil : Pasien mampu mengenali nyeri (skala ,durasi,frekuensi,tanda- tanda nyeri),melaporkan skala nyeri berkurang, ekspresi wajah tidak meringis kesakitan, tanda-tanda vital (TTV) normal

Intervensi :

- 1) kaji kriteria nyeri
- 2) ajarkan teknik non farmakologi
- 3) edukasi relaksasi dalam jika nyeri muncul
- 4) kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik untuk menurunkan nyeri, meningkatkan kenyamanan.

a. Implementasi

Merupakan pelaksanaan dan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing ourders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan.

Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan klien (Rosdahl, 2014)

b. Evaluasi

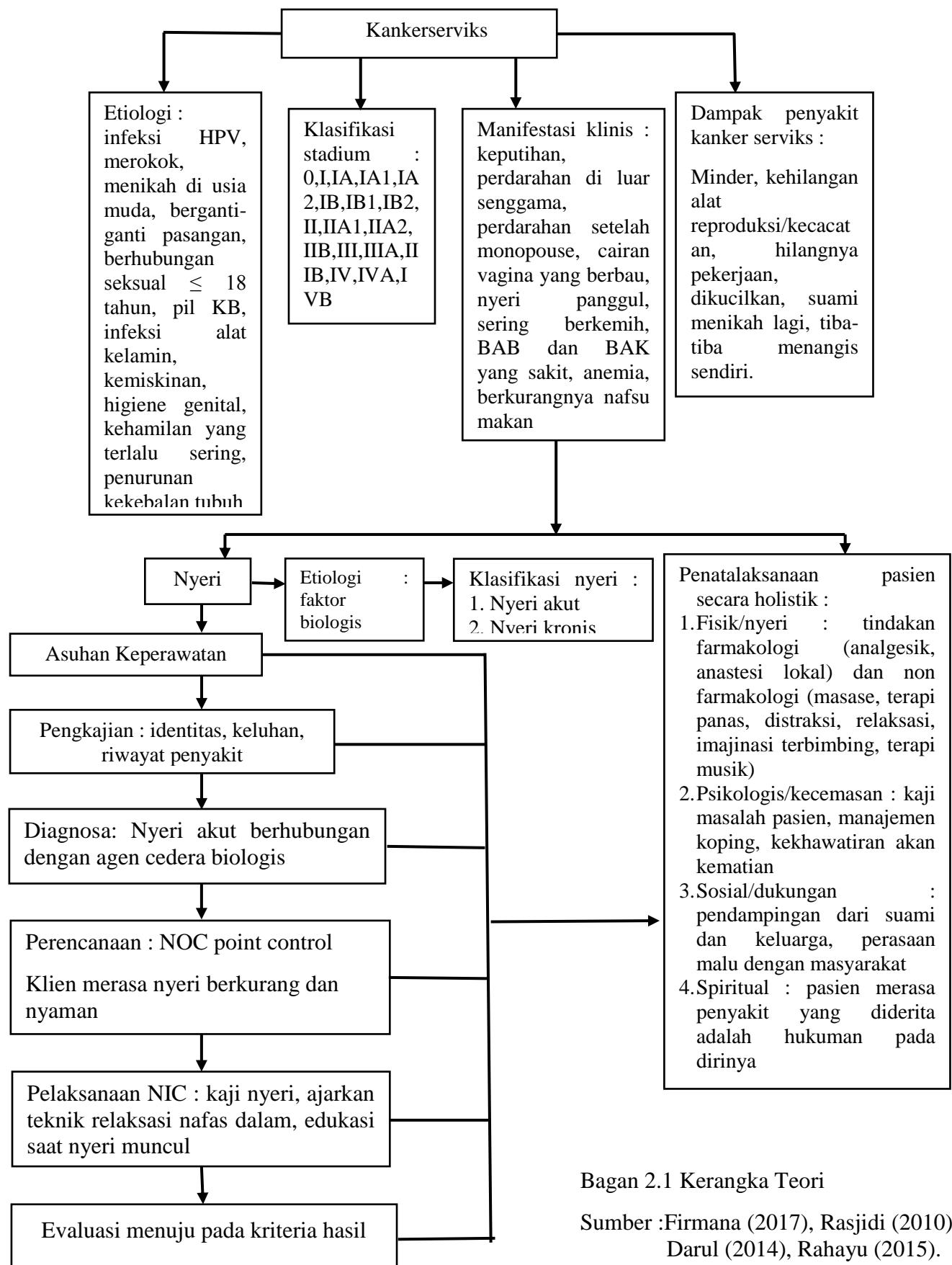
Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari pengkajian

diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Rosdahl, 2014)

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan suatu catatan yang menurut seluruh data yang dibutuhkan perawat untuk menentukan diagnosis, perencanaan, tindakan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis (Rosdahl, 2014)

B. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Firmana (2017), Rasjidi (2010), Darul (2014), Rahayu (2015).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif kualitatif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu dengan menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pada pasien kanker serviksdi Ruang Bougenvile 1 IRNA 1 RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta

B. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang berasal dari KTI (Karya Tulis Ilmiah) tahun 2016

C. Lokasi Dan Waktu

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper YKY Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah)

D. Definisi Operasional

Tabel 2.2 Definisi Operasional

Variable	Definisi
Nyeri	Nyeri adalah pengalaman sensorik yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, nyeri dapat diukur menggunakan skala nyeri numeric yaitu dari skala 0-10 yang terdiri dari 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang dan 7-10 nyeri berat dengan intervensi tindakan farmakologis dan non farmakologis.
Kanker Serviks	Kanker serviks adalah pertumbuhan sel-sel abnormal pada serviks dimana sel-sel normal berubah menjadi sel kanker pada leher rahim baik di stadium 1,2,3 maupun 4.

E. Instrumen

Pada peneliti studi kasus ini, instrumen penelitian adalah satu data asuhan keperawatan yang terdapat dalam Karya Tulis Ilmiah mahasiswa tahun 2016.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. 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 KTI mahasiswa tahun 2016.

G. Analisa Data

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 sebagian bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

H. Etika Penulisan

1. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Peneliti tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data hasil penelitian yang disajikan.

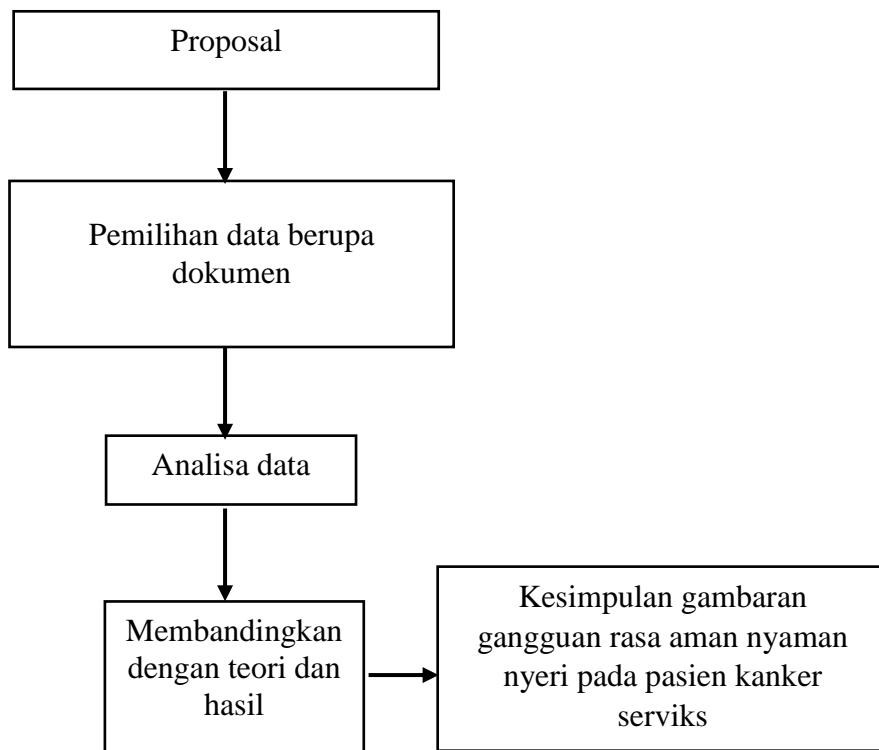
2. *Confidentially* (kerahasiaan)

Semua informasi yang dikumpulkan maupun masalah lainnya dijamin kerahasiaannya oleh penulis, hanya data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian, penulis akan menjaga kerahasiaan tentang kondisi klien, dan tidak menceritakan kepada siapapun kecuali untuk kepentingan medis.

3. *Non maleficence* (tidak merugikan)

Penulis merupakan non maleficence berarti tidak merugikan peneliti di dalam data asuhan keperawatan

I. Kerangka Alur Penelitian



Bagan 2.2 Kerangka Alur

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan yang digunakan yaitu 1 dokumen asuhan keperawatan yang terdapat 1 pasien atas nama Ny.N dengan kasus kanker serviks dengan karakteristik umur 47 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan tidak bekerja, tingkat pendidikan sekolah dasar (SD), status perkawinan kawin/ menikah.

2. Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Juli 2016 jam 07.30 didapatkan data Pasien Ny.N mengatakan setelah mengalami keputihan mulai Bulan Januari tahun 2016. Pada Bulan Maret keluar darah selama satu bulan,darah keluar seperti prongkolan. Lalu pasien memeriksakan ke Rumah Sakit PKU Nanggulan Kulon Progo disana disarankan untuk opname selama 13 hari karena perdarahan disana mendapat transfusi darah sebanyak 6 kantong karena Hb : 4,5 g/dl. Pada bulan Juni pasien mengatakan opname di RSUD Wates karena mengalami perdarahan lagi. Di RSUD Wates pasien mendapatkan tindakan kuret, cek lab, rongen dan PA. Pada tanggal 17 Juni 2016 di RSUD Wates pasien di PA dengan hasil cervik uteri : karsinoma sel skumosa diffrensian sedang dengan degenerasi hidrofik dan di diagnosa medis ca cervik stadium 3B. Lalu pasien mengatakan dirujuk ke RSUP Dr. Sardjito dengan rawat jalan

selama 20 hari dilanjutkan rawat inap sampai sekarang. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mengalami keluar darah dari jalan lahir. Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah. Nyeri seperti kemeng- kemeng, nyeri skala 5 dan hilang timbul, lama keluhan yang dirasakan sejak bulan Januari 2016. Pasien mengatakan keluar keputihan dan darah secara spontan sejak bulan Januari 2016, pasien terdiagnosa kanker serviks stadium 3A sejak 12 Juli 2016.

Berat Badan (BB) pasien yaitu : 79 Kg, Lingkar Lengan Atas (LILA) : 27 cm, Tinggi Badan (TB) : 160 cm, Indeks Massa Tubuh (IMT) : 30,85
Status gizi : gemukan
Pasien mengatakan makan 3x sehari, minum sebanyak \pm 3000ml per hari sebelum sakit. Selama sakit pasien mengatakan makan dari rumah sakit dengan diit tinggi protein. Pasien mengatakan hari ini makan habis sebanyak $\frac{1}{2}$ porsi dan minum \pm 1200ml. Pasien mengatakan haid pertama saat umur 15tahun, haid rutin setiap bulan satu kali, darah haid tidak keluar berlebihan, tidak mengalami nyeri yang hebat saat haid.
Riwayat hubungan seksual : pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah selama melakukan sengama, selama sakit ini pasien mengatakan tidak melakukan hubungan seksual. Riwayat Pembedaan ginekologi, belum pernah dilakukan pembedahan. Riwayat Kontrasepsi : Klien mengatakan saat ini tidak menggunakan alat kontrasepsi,tetapi pasien mengatakan pernah menggunakan kontrasepsi suntik setelah memiliki anak pertama, setelah itu menggunakan kontrasepsi sepiral setelah melahirkan anak ke dua, dan

yang terakhir dipakai kontrasepsi pil 2 tahun lalu dan pasien mengatakan sekarang tidak menggunakan kontrasepsi, pasien menggunakan pampers, pasien mengatakan hanya memiliki satu suami saja, pasien mengeluarkan darah dari jalan lahir±100 cc, pada genetalia pasien tidak ada lesi.

Pasien mengatakan kalau penyakit yang di deritanya ini merupakan sebuah ujian bagi dirinya, pasien mengatakan yang dipikirkan saat ini adalah ingin segera sembuh dan cepat pulang, pasien mengatakan cemas karena akan kemoterapi,karena ini kemoterapi yang pertama, pasien mengatakan belum tahu bagaimana itu kemoterpi dan efek sampingnya, pasien mengatakan bahwa sekarang fungsi seksualnya tidak berfungsi semestinya karena penyakit yang dialaminya.

Berdasarkan data pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agenijuri biologis (infiltrasi kanker ke jaringan) ditandai dengan data subyektif pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, data obyektif pasien mengatakan penyebab nyeri yaitu karena pertumbuhan/ metastase kanker, qualitas nyeri seperti kemeng-kemeng, diperut bagian bawah dengan skala nyeri 5 (0-10), nyeri hilang timbul dengan durasi waktu 5 menit sekali, tekanan darah 120/80 mmHg.

Rencana keperawatan yang dibuat pada diagnosa keperawatan nyeri akut behubungan dengan agen injuri biologis yaitu dengan tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukan *pain control* dengan kriteria hasil, pasien mampu mengenali nyeri (skala, durasi, frekuensi, tanda-tanda nyeri), melaporkan bahwa

nyeri berkurang skala 2 (0-10), pasien mampu mengontrol nyeri dengan menejemen nyeri, tanda-tanda vital batas normal (TD: 120/80 mmHg, nadi: 60- 100x/mnt, suhu: 36-37,5 °C, RR: 16-24x/mnt) dengan rencana tindakan : *painmanagement*, kaji nyeri secara komperhensif, monitor tanda- tanda vital, ajarkan mengontrol nyeri dengan non faramakologi, anjurkan pasien untuk meningkatkan istirahat, kolaborasi dengan dokter pemberian obat.

Pelaksanaan dalam asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari yaitu mengkaji nyeri secara komperhensif didapatkan data pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah,nyeri seperti kemeng-kemeng,nyeri hilang timbul durasi 5 menit sekali, skala nyeri 5 (0-10), pasien tampak memegang perutnya, saat ditekan tampak menahan nyeri. Memonitor tanda vital) TD: 120/80, S: 36°C, N: 82x/mrnit RR: 22x/mnt. Mengajarkan teknik non farmakologi(nafas dalam, pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien tampak melakukan nafas dalam, menganjurkan pasien untuk meningkatkan istirahat cukup.

Evaluasi yang dilakukan dalam asuhan keperawatan pada tanggal 16 Juli 2016 jam 11.30, pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah, skala 3, nyeri, hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng, pasien mengatakan akan banyak istirahat, saat di tekan perut bagian bawah pasien nampak menahan nyeri, TD : 140/80 mmHg, N : 82x/mnt, S : 37°C, RR : 20x/mnt, dengan assesment masalah nyeri akut teratas sebagian, rencana

tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi, ajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam dan kompres hangat), pasien dipulangkan.

B. Pembahasan

Pada stadium lanjut, gejala dapat berkembang menjadi nyeri pinggang atau perut bagian bawah karena desakan tumor di daerah pelvik ke arah lateral sampai obstruksi utreter, bahkan sampai anuria. Nyeri somatik nosiseptif sering digambarkan sebagai nyeri yang tajam, sakit berdenyut atau seperti ditekan, sedangkan nyeri visceral nosiseptif sulit dilokalisir dan bisa terasa perih atau kram. Maka pasien akan mengalami nyeri yang dapat digambarkan sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang sudah ada atau berpotensi terjadi. Rasa nyeri timbul pada bagian perut bawah dan punggung, dengan munculnya hilang timbul, diperberat oleh aktivitas fisik yang berat atau kecapekan. Rasa nyeri dapat timbul akibat kanker serviks itu sendiri dan dapat juga karena pengobatan kemoterapi (Cherwin, 2012).

Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti sudah sesuai dengan teori dari Padila (2012) yaitu secara holistik dari aspek fisik, biologis, sosial dan spiritual. Pasien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit pasien beribadah 5 waktu, saat dirawat di rumah sakit pasien juga melakukan ibadah 5 waktu dengan bertayammum. Pasien mengatakan kalau penyakit yang di deritanya ini merupakan sebuah ujian bagi dirinya. Pasien mengatakan yang dipikirkan saat ini adalah ingin segera sembuh dan cepat pulang. Pasien mengatakan cemas karena akan kemoterapi, karena ini

kemoterapi yang pertama. Pasien mengatakan belum tahu bagaimana itu kemoterpi dan efek sampingnya. Pasien mengatakan bahwa sekarang fungsi seksualnya tidak berfungsi semestinya karena penyakit yang dialaminya.

Berdasarkan data pengkajian yang didapatkan, analisa data yang didapatkan dari Ny.N mengatakan nyeri. Dengan diagnosa nyeri merupakan prioritas kedua, diagnosa nyeri diambil karena data-data pengkajian dari asuhan keperawatan mendukung, dan diagnosa nyeri perlu dibahas karena nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan jaringan yang rusak, atau segala keadaan yang menunjukkan adanya kerusakan jaringan.

Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi pada pasien kanker, nyeri pada pasien kanker serviks akan berpengaruh terhadap emosional, kecemasan akan rasa sakit yang dirasakan, gangguan metabolismik, hilangnya fungsi dan mati rasa di area organ yang disebabkan rusaknya jaringan normal pada anggota tubuhnya dan tekanan massa kanker yang menekan organ tubuh lainnya (Rasjidi, 2010). Salah satu gejala pada penderita kanker adalah nyeri yang bersifat ringan, sedang sampai menjadi berat. Hal ini juga yang menjadi gejala yang paling ditakuti pasien karena menjadi faktor utama dalam mengalami penurunan kualitas hidupnya. Sebagian besar pasien kanker akan mengalami gangguan perasaan nyeri dalam perjalanan hidupnya (Tazi & Errihani, 2010).

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis, tujuan atau kriteria hasil yang

ditetapkan pada Ny.N belum sesuai dengan komponen SMART yaitu terdapat *Spesific* (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda), *Measurable* (tujuan dapat diukur khususnya perilaku pasien yang dapat dilihat, diraba, dirasakan dan dibau), *Achievable* (tujuan dapat dicapai), *Reasonable* (tujuan harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah), *Time* (batasa waktu atau tujuan keperawatan), (Salma *et al*, 2016).

Adapun rencana tindakan yang dibuat yaitu kaji kriteria nyeri, ajarkan teknik non farmakologi, edukasi relaksasi dalam jika nyeri muncul, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik untuk menurunkan nyeri, meningkatkan kenyamanan. Hal ini sesuai dengan teori *nursing outcome classification*(NOC) (2012-2017) untuk menentukan tujuan dan *nursing intervention classification*(NIC) (2012-2017) untuk menentukan rencana tindakan. Teori ini sudah sesuai dengan yang dikemukakan oleh Tazi & Errihani (2010) Intervensi yang dapat diberikan pada pasien untuk mengurangi nyeri meliputi pendekatan farmakologi dan non farmakologi, pemberian intervensi farmakologi dengan pemberian analgetik merupakan terapi modalitas, pemberian analgetik mampu meningkatkan ambang batas nyeri sehingga rangsang nyeri pada pasien tidak dipersepsikan sebagai suatu ancaman, namun kenyataannya hal ini terkait dengan efek samping dan perasaan nyeri yang tidak mereda serta bahaya komplikasi maka perlu adanya intervensi yang lebih aman.

Intervensi non farmakologi merupakan terapi pelengkap dalam mengurangi dan mengontrol nyeri, intervensi ini dapat mencakup intervensi fisik dan

perilaku kognitif dalam mengurangi nyeri pada kanker. Tujuan utama dari terapi nyeri penderita kanker serviks adalah meredakan nyeri untuk memelihara status fungsional yang diinginkan, kualitas hidup yang realistik, dan proses kematian yang tenang, faktor utama yang berperan pada patogenesis nyeri pada penderita kanker yaitu mekanisme nosiseptif didefinisikan sebagai hasil dari aktivitas nosiseptif pada struktur somatik atau visceral.

Berdasarkan perencanaan yang sudah ditentukan dengan *nursing outcome classification* (NOC) (2012-2017) NOC dan *nursing intervention classification* (NIC) (2012-2017) NIC, intervensi peneliti sebelumnya belum melakukan pengkajian sesuai PQRST, peneliti baru mengkaji Q (*quality*), R (*regio*), S (*Scale*), T (*Time*) untuk P (*palliative*) atau penyebab peneliti belum mengkajinya. Kriteria hasil diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis teratasi sebagian. Hal ini disebabkan didalam asuhan keperawatan yang digunakan untuk studi dokumentasi tidak mengimplementasikan rencana tindakan dengan sesuai yaitu rencana tindakan memberikan obat analgesik/8 jam selama 3x24 jam tidak di dokumentasikan oleh peneliti jadi masalah nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis hanya teratasi sebagian belum teratasi sepenuhnya.

Riwayat Kontrasepsi : Klien mengatakan saat ini tidak menggunakan alat kontrasepsi,tetapi pasien mengatakan pernah menggunakan kontrasepsi suntik setelah memiliki anak pertama, setelah itu menggunakan kontrasepsi sepiral setelah melahirkan anak ke dua,dan yang terakhir dipakai

kontrasepsi pil 2 tahun lalu dan pasien mengatakan sekarang tidak menggunakan kontrasepsi hal ini juga sudah sesuai dengan teori Firmania (2017) bahwa terdapat bukti bahwa menggunakan kontrasepsi oral dalam jangka waktu yang lama meningkatkan risiko kanker serviks tapi risiko kembali turun lagi setelah kontrasepsi oral dihentikan.

Pendokumentasian di dalam implementasi belum lengkap dikarenakan tidak ada tanda tangan namun ada nama terang. Implementasi sudah dilakukan selama 3x4 jam oleh peneliti namun selama 3x4 jam tersebut ada implementasi yang dilanjutkan oleh perawat ruangan. Evaluasi proses dan evaluasi hasil sudah di dokumentasikan oleh peneliti dan evaluasi hasil sudah mengambarkan hasil dari tindakan yang dilakukan.Hal ini sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Efendi (2015) bahwa pelaksanaan keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya dievaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien, dan untuk mengimplementasikan pesan dokter.

Berdasarkan data yang didapatkan pada pelaksanaan, evaluasi yang didapatkan pada pasien Ny.N yaitu masalah teratasi sebagian. Hal ini dilihat dari tujuan yang sudah ditentukan menggunakan *nursing outcome classification* (NOC) (2012-2017), setelah pasien dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah nyeri akut teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan, dilakukan evaluasi pada tanggal 16 juli 2016 jam 11.30, dengan assesment masalah nyeri akut teratasi sebagian pasien dipulangkan, rencana tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi yang dilakukan oleh keluarga pasien dirumah, namun di dalam asuhan keperawatan tidak didokumentaikan, seharusnya mengedukasi keluarga pasien cara melakukan teknik non farmakologi (nafas dalam dan kompres hangat), di dalam data asuhan keperawatan pasien diberikan analgesik asam mefenamat 500mg/8 jam secara oral hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Ramadani *et al* (2017) bahwa pemberian analgesik secara kombinasi pada pasien dengan derajat nyeri berat efektif dalam meningkatkan sifat analgesia obat sedangkan pada nyeri ringan penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) merupakan pilihan analgesik yang sesuai dalam mengobati keluhan pasien. Peran keluarga yang harus dilakukan dirumah yaitu dengan merawat secara fisik pasien dan memberikan dukungan dari keluarga.

Dalam data asuhan keperawatan peneliti belum mendokumentasikan peran keluarga dan belum melibatkan anggota keluarga dalam asuhan keperawatan pasien. Dukungan keluarga adalah bantuan yang dapat

diberikan kepada anggota keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasihat yang mampu membuat penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai, dan tenram. Dukungan ini merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang mengalami sakit. Bentuk dukungan keluarga terhadap anggota keluarga adalah secara moral atau material. Adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam menghadapi proses pengobatan penyakitnya. Dengan adanya dukungan keluarga mempermudah penderita dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya juga merasa dicintai dan bisa berbagi beban, jenis dukungan keluarga memiliki beberapa fungsi yaitu dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumen dan dukungan emosional. Penderita yang nyaman terhindar dari kecemasan akan mencegah terjadinya penurunan system imun sehingga mempercepat proses penyembuhan, adanya perasaan tenang dan nyaman saat perawatan tubuh akan menghasilkan hormone endorphin yang menyebabkan otot tubuh rileks, system imun meningkat, kadar oksigen dalam darah naik dan penderita akan mengantuk sehingga bisa beristirahat dengan tenang. Hormon ini memperkuat system kekebalan tubuh untuk melawan infeksi dan dikenal sebagai morfin tubuh yang menimbulkan efek sensasi yang sehat dan nyaman. (Kolva et al, 2011).

C. Keterbatasan Studi Dokumentasi

Faktor penghambat penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai berikut :

Data dokumentasi asuhan keperaatan hanya satu sehingga tidak dapat menggambarkan studi dokumentasi tentang masalah nyeri pada pasien dengan kanker serviks dengan lebih mendalam.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi dokumentasi yang dilakukan, maka penulis dapat menulis beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari hasil pengkajian data asuhan keperawatan dapat disimpulkan bahwa ditemukan adanya gangguan rasa aman nyaman berupa nyeri.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker serviks yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis.
3. Dari segi perencanaan di dalam asuhan keperawatan peneliti sebelumnya perencanaan tidak diimplementasikan semua yaitu di perencanaan terdapat kolaborasi dengan dokter pemberian analgesik namun di dalam implementasi tidak dilakukan.
4. Dari segi pelaksanaan yang dilakukan mulai dari hari ke nol pada tanggal 14 Juli 2016 sampai hari ketiga pada tanggal 16 Juli 2016 tidak mengimplementasikan semua perencanaan.
5. Dari segi evaluasi yang didapatkan pada pasien Ny.N yaitu masalah teratasi sebagian. Sudah dilakukan evaluasi pada tanggal 16 juli 2016 jam 11.30, dengan assesment masalah nyeri akut teratasi sebagian pasien dipulangkan.
6. Dari segi pengumpulan data peneliti sebelumnya kurang lengkap melakukan pengkajian kepada pasien, di dalam pengkajian nyeri terdapat PQRST yang harus dikaji pada pasien dan peran keluarga namun peneliti belum mengkaji semuanya.
7. Dari segi penulisan peneliti sebelumnya dalam pendokumentasian asuhan keperawatan kurang tertata rapi sehingga sulit dibaca dan dipahami. Pendokumentasian di dalam implementasi belum lengkap dikarenakan tidak ada tanda tangan namun ada nama terang. Implementasi sudah dilakukan selama 3x4

jam oleh peneliti namun selama 3x4 jam tersebut ada implementasi yang dilanjutkan oleh perawat ruangan.

B. Saran

1. Untuk institusi

Institusi pendidikan sudah baik dalam mengalihkan metode yang digunakan untuk Karya Tulis Ilmiah ini dengan adanya wabah virus corona (covid-19), semoga institusi pendidikan lebih memperhatikan data yang akan diberikan untuk mahasiswa sebagai bahan studi dokumentasi Karya Tulis Ilmiah ini.

2. Untuk penulis selanjutnya

Diharapkan untuk penulis selanjutnya yang akan membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien kanker serviks lebih teliti dan mendalami teori, bagaimana nyeri pada kanker serviks, mengapa bisa muncul gangguan rasa aman nyaman nyeri. Dalam melakukan pengkajian kepada pasien diharapkan lebih lengkap dan teliti lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrijono. (2012). *Kanker Serviks*. Jakarta: Devisi Onkologi Departemen Obstetri Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Annisa. (2016). *Karya Tulis Ilmiah*. Yogyakarta : Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta
- Ambarwati, F.,& Nasution, N. (2015). *Buku pintar asuhan keperawatan kesehatan jiwa*. Yogyakarta : Cakrawala ilmu
- Apriant.,Azrimaidaliza., & Fauza,M. (2015) Kupas Tuntas Kanker Payudara Leher Rahim & Rahim. sYogyakarta: Penerbit Pustaka Baru : *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 14 / No. 1 / Januari 2019*
- Akbari, M. E., (2016). The effects of spiritual intervention and changes in dopamine receptor gene expression in breast cancer patients. *Breast Cancer*, 23(6), 893-900.
- Cherwin, H. C. 2012. *Gastrointestinal symptom representation in cancersymptom clusters: a synthesis of the literatura*. Journal of OncologyNursing Society, Doi: 10.1188/12.ONF.157-165
- Departemen Obstetri dan Ginekologi, (2011) *BCCOG (Bandung Controversies and Consesius In Obstrtrics & Gyinokology)*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Darul, H. (2014).*Kanker Organ Reproduksi*. Jogjakarta: A-Plus books.
- Depkes RI. (2013). *Data Riset Kesehatan Dasar* .Jakarta: Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI
- Deden, D & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa ; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jogjakarta: Gosyen Publishing.
- Efendi, N. F. (2015). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Surabaya: Salemba Medika
- Firmana, D.(2017). *Keperawatan Kemoterapi*. Jakarta Selatan: Salemba Medika
- Goldberg,D.S.& Mcgee,S.J. (2011). *Pain as a Global Public Health Priority*. BMJ Public Health.11(770) [Online]. Diakses 4 Desember <http://bmjpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-770>
- Hidayat, A. (2014). *Metode Penelitian Kebidanan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Irianto, K. (2014). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Alvabeta
- Judha, M. (2012) *Teori Pengukuran Nyeri & Persalinan*. Yogyakarta : Muha Medika

Kemenkes RI. (2010). Kemenkes RI Nomor 796/MENKES/SK/VII/2010 tentang *Pedoman Kanker Payudara dan Kanker Leher sssRahim*. Jakarta: Kemenkes RI

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Panduan Penatalaksanaan Kanker Serviks*. Jakarta : Kementerian Kesehatan.

Kolva, et al. 2011. 'Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients'. Journal pf pain and Symptom Management ,42(5):691701

Kozier, G., Berman, A.,& Synder, S.J. (2010), *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*, Edisi 5. EGC, Jakarta

Kozier, Erb, Berman, & Synder. (2011), *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik* (7 ed., Vol. 1). Jakarta : EGC

NANDA. (2015). *Diagnosis Keperawatan Defisiensi & Klasifikasi 2015-2017* Edisi 10 Editor Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Jakarta:EGC

Nugroho T. (2010). *Buku Ajar Obstetri, untuk Mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika

Nurafif, A. H. & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*: Yogyakarta: Medication

Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Padila. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas* Yogyakarta: Nuha Medika

Pinzon, R. (2014). *Esesmen Nyeri*, Yogyakarta: BETHA GRAFIKA.

Pieter,. (2010). *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Cetakan 1. Jakarta : Kencana Prenada Media Group

Rasjidi,I. (2010). *Perawatan paliatif suportif dan bebas nyeri pada kanker*. Jakarta: CV Sagung Seto.

Rahayu Sri ,D. (2015). *Asuhan Ibu dengan Kanker Serviks*. Jakarta: Salemba Medika.

Ramadani *et al*. (2017). *Gambaran Penggunaan Analgetik Pada Pasien Rawatan Intensive*. Riau : JOM FK Vol. 4 No.2

Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Kemenkes RI*. Jakarta : Balitbang Kemenkes RI

Rosdahl, C, B.(2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar* (10 th ed.). Jakarta: EGC

Salma et al. (2016). *Perencanaan Keperawatan*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jakarta 1.

Tazi E. & Errihani H. (2010) *Treatment of cachexia in oncology*. Indian J Palliat Care 2010;16:129-37

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Torre,L., (2012). *Global CancerStatistics.PubMed-NCBI*. 25651787. Dikutip 2 Februari 2016. 22:07

Wahyuni, (2013). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks di Kecamatan Ngampel Kabupaten Kendal Jawa Tengah. *Jurnal Keperawatan Maternal*.

Wijaya, D, (2010). *Pembunuhan Ganas Itu Bernama Kanker Serviks*. Yogyakarta: Sinar Kejora

World Health Organization (WHO). 2017. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. Geneva

Yudianta, Khoirunnisa, N., & Novitasari, R.W. (2015) Assesment Nyeri. Vol 42 no 3.

Yusniarita, Y. (2016). Pengaruh dukungan spiritual terhadap kualitas hidup penderita kanker payudara pasca kemoterapi. *Jurnal media kesehatan*, 9(2), 144-151.

Lampiran 1 : jadwal kegiatan

JADWAL KEGIATAN

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	4		
1	Studi Pendahuluan	1																									
2	Penyusunan Proposal	1	2	3	4																						
3	Seminar Proposal					1																					
4	Revisi Proposal					1	2	3	4																		
5	Pengambilan Data									1	2																
6	Penyusunan Tugas Akhir									1	2	3	4														
7	Seminar Tugas Akhir																						1				
8	Revisi Tugas Akhir																						1	2			

Keterangan :

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| 1. Studi pendahuluan | : 03 Februari 2020 |
| 2. Penyusunan proposal | : 03 Februari 2020 - 21 Februari 2020 |
| 3. Seminar proposal | : 24 Februari 2020 |
| 4. Revisi Proposal | : 25 Februari 2020 - 27 Maret 2020 |
| 5. Pengambilan data | : 13-17 April 2020 |
| 6. Penyusunan tugas akhir | : 13 April - 29 Juni 2020 |
| 7. Seminar tugas akhir | : 29 Juni - 04 Juli 2020 |
| 8. Revisi tugas akhir | : 02 - 16 Juli 2020 |

Lampiran 2 : format bimbingan KTI



LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Nurul Atifah
 NIM : 2317026
 Nama Pembimbing 1 : Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns.M.Kep
 Judul KTI : Studi Dokumentasi Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Kanker Serviks

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan dan Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	05 Februari 2020	Pengajuan judul, karakteristik kasus yang akan diambil	Tatap muka	Acc judul yaitu gambaran gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien kanker serviks Revisi sesuai masukan		
2.	08 Februari 2020	Bimbingan BAB 1 mengenai isi dari latar belakang, tujuan, rumusan masalah.	Tatap muka			
3.	09 Februari 2020	Bimbingan BAB 1 revisian bimbingan sebelumnya mengenai isi dari BAB I	Email/WA	Sudah benar tinggal ditambahkan yang masih kurang		
4.	17 Februari 2020	Bimbingan isi dan penulisan proposal	Tatap muka	Revisi sesuai masukan		
5.	20 Februari 2020	Bimbingan BAB II dan BAB III mengenai isi dan penulisan	Tatap muka	Revisi sesuai masukan		
6.	17 Maret 2020	Bimbingan revisian BAB I,II, dan III	Email/WA	Sudah benar tinggal ditambahkan yang masih kurang		
7.	27 Maret 2020	Bimbingan revisian seminar proposal	Tatap muka	Revisi sesuai masukan		
8.	05 April 2020	Bimbingan perbaikan revisi seminar proposal	Email/WA	Perbaiki lagi penulisan dapus		
9.	13 April 2020	ACC proposal	Email/WA	Enter bagian judul sub bab yang menggantung, Tambahkan judul pada lampiran ke 1,2, dan 3		
10.	27 April 2020	Konsul pergantian metode pengambilan kasus BAB 1-3 penulisan sumber	Email/WA	Perbaiki di BAB 1,2 dan 3 sesuai panduan dari kampus		
11.	2 Mei 2020	Bimbingan BAB 4 & 5 isi dalam pembahasan dan	Email/WA	Tambahkan sumber sesuai dengan penemuan-		

12.	9 Mei 2020	penulisan Bimbingan KTI BAB 1-5 mengenai penulisan dan isi	Email/WA	sesuai teori Sebagian sudah ada tinggal menambahkan yang belum lengkap sesuai masukan
13.	08 Juni 2020	Bimbingan BAB V mengenai isi dalam pembahasan dan keterbatasan studi kasus	Email/WA	Tambahkan sumber yang memuat teori-teori yang mendukung
14.	10 Juni 2020	Menanyakan yang belum jelas	Email/WA	Tambahkan sesuai masukan
15.	13 Juni 2020	Perbaikan BAB 1-5 Bagan alur BAB III, penulisan dan sumber sumber dari jurnal	Email/WA	Revisi sesuai masukan
16.	24 Juni 2020	Naskah publikasi	Email/WA	Belum di revisi
17.	26 Juni 2020	Bimbingan BAB 1-5, abstrak bagian isi dan penulisan	Email/WA	Revisi sesuai masukan dalam komentar
18.	27 Juni 2020	Dapus dan lampiran	Email/WA	Perbaikan sesuai masukan
19.	29 Juni 2020	Perbaikan BAB 5 ACC uji sidang, persiapan uji sidang, PPT, berkas KTI, margins, kesimpulan, paragraf bab IV jangan terlalu panjang, setor KTI untuk sidang	Email/WA	Tambahkan hal-hal yang belum lengkap sesuai masukan
20.	04 Juli 2020	Konsul revisian uji sidang, isi, penulisan dan hal yang tidak perlu dimasukkan dalam BAB II dan pembahasan, kesimpulan diringkas	Email/WA	Perbaiki sesuai masukan dari penguji dan kedua pembimbing
21.	13 Juli 2020	Konsul revisian sebelumnya	Email/WA	Memperbaiki abstrak, pembahasan dan sumber serta daftar pustaka yang belum dimasukkan
22.	14 Juli 2020	Konsul naskah publikasi	Email/WA	

Yogyakarta, Juli 2020
Pembimbing 1

(Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns.M.Kep)



FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Nurul Atifah
NIM : 2317026
Nama Pembimbing2 : Hikmah, SPd.M.Kes
Judul KTI : Studi Dokumentasi Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Kanker Serviks

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan dan Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	08 Februari 2020	Bimbingan BAB I, ACC judul, BAB II perbaiki konsulkan mengenai asuhan keperawatan secara holistik, angka kejadian dari yang internasional sampai jogja dan RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta	Tatap muka	Perbaiki dan konsulkan		
2.	18 Februari 2020	Konsul BAB I,II,III mengenai isi, pengetikan setiap masuk paragraf 7 ketukan, dampak dari kasus yang diambil, peran perawat dalam menangannya	Tatap muka	Perbaiki konsulkan dan mencari teori dari berbagai sumber menurut para ahli		
3.	04 Maret 2020	Bimbingan mengenai isi, penulisan dan asuhan keperawatan secara holistik	Email/WA	Tambahkan dan perbaiki masukan		
4.	08 Maret 2020	Bimbingan BAB 1,II,III dan ACC mengenai proposal yang diujikan	Email/WA	Revisi sesuai masukan dan tambahkan hal yang masih kurang		
5.	09 Mei 2020	Bimbingan BAB 1-V mengenai perubahan metode KTI cara penulisan dan pembahasan	Email/WA	Perbaiki dalam hal penulisan dan tambahkan masukan yang diberikan yang belum ada di dalam KTI		
6.	16 Juni 2020	Bimbingan mengenai BAB I-V tata cara penulisan sesuai panduan dari kampus dan koreksi hal yang belum ada di dalam KTI yang harus dimasukkan	Email/WA	Perbaiki lagi dan konsulkan sesuai masukan yaitu pengulisan KTI sesuai panduan dan hal yang harus di masukkan		
7.	25 Juni 2020	Bimbingan KTI , Pengetikan masuk 7 ketukan, BAB I sumber buku cari tahun yang muda, angka kejadian diurutkan dari dunia infomedis, yogyakarta	Email/WA	Tambahkan masukan dari ibu sesuai buku panduan dan jurnal yang mendukung		

		baru sardjito, peran perawat secara holistik, tujuan khusus, metode, manfaat penelitian, BAB II tekankan rasa nyeri stadium berapa, terapi fisik, higiene personal lingkungan, gizi, kerangka teori, BAB III penulisan, BAB IV dipertajam dan fokus data, sumber dan hasil penelitian, BAB V menyimpulkan menjawab tujuan		
8.	26 Juni 2020	Konsul revisian sebelumnya mengenai BAB I-V penulisan, manfaat ada berapa, rapikan kerangka teori, kerangka alur, kesimpulan dan saran Pertajam pembahasan, penanganan jika nyeri muncul, ACC uji sidang	Email/WA	Perbaiki lagi
9.	27 Juni 2020		Email/WA	Tambahkan masukan dari ibu dan sudah ACC untuk di sidangkan
10.	29 Juni 2020	Setor KTI untuk sidang	Email/WA	Persiapkan untuk sidang dan pelajari
11.	06 Juli 2020	Bimbingan revisian sidang, abstrak, lembar konsul	Email/WA	Perbaiki dalam abstrak dibagian alenia kedua bukan merupakan simpulan dan saran namun intisari dari KTI, penulisan di lembar bimbingan dibuat per sub bab konsul
12.	10 Juli 2020	ACC Karya Tulis Ilmiah	Email/WA	Siapkan bukti konsul dan ACC
13.	14 Juli 2020	Konsul naskah publikasi	Email/WA	

Yogyakarta, Juli 2020

Pembimbing 2

(Hikmah, SPd.M.Kes)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Hari/ tanggal : Kamis ,14 Juli 2016

Jam : 07.30WIB

Tempat : Ruang Bougenvil 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito

Oleh : -

Sumber Data : Pasien, Keluarga, Perawat, Dokter, Rekam Medis

Metode : Wawancara,Pemeriksaan Fisik,Observasi,StudyDokumentasi

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. "N"

Tempat/tgl lahir : Kulon Progo , 10 April 1969

Umur : 47 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Bogo Bangun Harjo Kali Bawang Kulon Progo Yogyakarta

Pendidikan : SD

Pekerjaan : tidak bekerja

Status Perkawinan : Menikah

Keluarga terdekat yang dapat di hubungi : Tn. S (Suami)

Diagnosa medis : ca cervik stadium III A

No Rm : 17759xx

Status : Menikah

Tanggal Masuk RS : 12 juli 2016

2. Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. S

Umur : 53 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Bogo bangun harjo kali bawang kulon progo yogyakarta

Status : Menikah

Hubungan dengan pasien : Suami

3. Riwayat Kesehatan Saat Ini

a. Riwayat kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan sebelum mengetahui penyakit yang dideritanya ,pasien tidak mengeluh apapun,tidak mengeluh nyeri pinggang , tidak mengeluh nyeri pada perut. Pasien mengalami keputihan ,terkadang keputihan diselangi keluar darah terjadi selama 3 minggu pada bulan januari tahun 2016.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan setelah mengalami keputihan mulai bulan januari tahun 2016. Pada bulan maret keluar darah selama satu bulan,darah keluar seperti prongkolan. Lalu pasien memeriksakan ke rumah sakit PKU Nanggulan kulon progo disana disarankan untuk opnam selama 13 hari karena perdarahan ,disana mendapat transfusi darah sebanyak 6 kantong karena Hb : 4,5 g/dl. Lalu bulan pada bulan mei pasien mengalami drop lagi karena perdarahan lagi,lalu dibawa ke RS PKU Nanggulan lagi disana mendapat trasfusi darah sebanyak 2 kantong karena Hb: 7.5 g/dl.Pada bulan juni pasien mengatakan opnam di RSUD Wates karena mengalami perdarahan lagi. Di RSUD Wates pasien mendapatkan tindakan kuret,cek lab,dan rongen dan PA. Pada tanggal 17 juni 2016 di RSUD Wates pasien di PA dengan hasil cervik uteri : karsinoma sel skumosa diffrensian sedang dengan degenerasi hidrofik dan di diagnosa medis ca. Cervi st.3B. Lalu pasien mengatakan dirujuk ke RSUP Dr. Sardjito dengan rawat jalanselama20 hari dilanjutkan rawat inap sampai sekarang. Di RSUP dr. Sarjito pasien mendapatkan tindakan USG dan Stanging staff di bangsal dan PA pada tanggal 12 juli 2016. Hasil USG : vu : terisi uterus,vk: 6.9x6.9x6,5 tak

tampak massa diadenexa. Hasil stanging staff : ca.cervik st. 3A. Lalu pasien mengatakn mendapat tranfusi darah sebanyak 1 kantong pada tanggal 13 juli 2016 karean Hb: 8,6 g/dl. Pasien juga mengatakan pada tanggal 14 juli 2016 mendapat tranfusi darah 1 kantonglagi.

c. KeluhanUtama

Saat dilakukan pengkajian pada pasien tanggal 14 juli 2016 jam 07.30, pasien mengatakan mengalami keluar darah dari jalan lahir. Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah. Nyeri seperti kemeng-kemeng,nyeri skala 5 dan hilangtimbul.

d. FaktorPencetus

Faktor pencetusnya yaitu kanker serviks. Lama keluhan yang dirasakan sejak bulan januari 2016. Pasien mengatakan keluar keputihan dan darah secara sepontan sejak bulan januari 2016.

e. Faktor yangmemperberat

Pasien mengatakan darah keluar saat dilakukan periksa dan stagging oleh staf ahli.

f. Upaya yangdilakukan

Pasien mengatakan langsung periksa ke rumah sakit PKU Nanggulan dan RSUD Wates, dan RSUP dr.sarjito.dan pasien mengatakan hanaya tiduran saja.

g. DiagnosaMedis

1) Ca Cervix stadium III B tanggal 17 juni2016

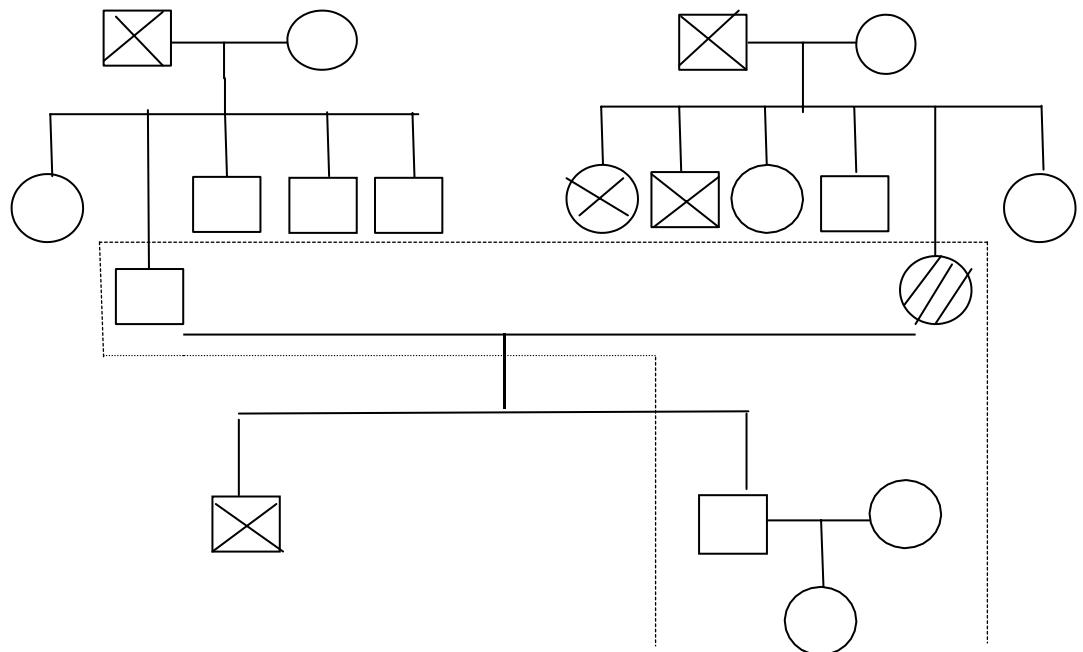
2) Ca Cervix stadium III A tanggal 12 juli2016

h. DiagnosaMedis

Ca Cervix stadium III A

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Genogram



b. Keterangan :



: Laki-laki



: pasien



: Perempuan



: Garis Keturunan



: Meninggal



: Garis Pernikahan

----: Tinggal Serumah

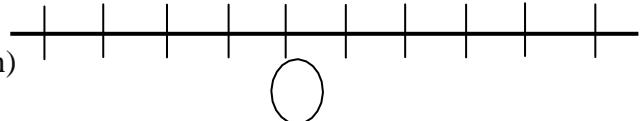
Pasien mengatakan di keluarganya ada kakak kandungnya yang menderita kanker payudara dan pasien mengatakan kakak kandungnya tersebut sudah meninggal dunia karena penyakit tersebut. Pasien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menurun dan menular.

5. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum

a. Kesadaran

Kesadaran pasien comosmentis (sadar penuh)



b. Vitalsign

Suhu : 36, 7° C

Nadi : 80 x/ mnt

Tekanan Darah : 120/ 80 mmHg

Respirasi : 21 x/ mnt skala nyeri

c. Kepala

Bentuk kepala meshocepale, rambut pendek berikal, rambut warna hitam.

d. Mata

Pupil isokor, konjungtiva anemis, tidak menggunakan alat bantu melihat (kacamata), sklera tidak ikterik, pandangan tidak kabur.

e. Hidung

Tidak ada sekret, tidak ada perdarahan, bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan.

f. Mulut dantenggorakan

Tidak adastomatitis, tidak ada gigi berlubang, membrane mukosa bibir lembab.

Tidak ada gangguan menelan.

g. Pernafasan

Tidak ada kelainan pada pernafasan pasien. Suara paru vesikuler, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu pernafasan. RR : 21x/menit,tidak ada retraksi dada,pasien bernafas tidak terengah-engah.

h. Sirkulasi

Capilary refill <2 detik. Warna kulit tidak sianosis.

i. Dada

1) Inspeksi

Dada simetris, tidak ada retraksi dada, tidak ada bekas luka.

2) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan.

3) Perkusi

Terdengar suara redup.

4) Auskultasi

Terdengar suara vesikuler, suara jantung S1 S2 lup dup lup dup.

j. Abdomen

1) Inspeksi

Bentuk supel,Tidak ada bekas luka

2) Auskultasi

Terdengar bunyi bising usus 15 x/ menit

3) Perkusi

Terdengar suara tympani.

4) Palpasi

Ada nyeri tekan pada perut bagian bawah di atas kandung kemih.

k. Anus dan Rektum

Anus dan rektum tidak adakelainan.

l. Nutrisi

BB :79Kg

LILA : 27 cm

TB :160 cm

IMT : 30,85

Status gizi : gemukan

Pasien mengatakan makan 3x sehari, minum sebanyak ± 3000ml per hari sebelum sakit. Selama sakit pasien memngatakan makan dari rumah sakit dengan diit tinggi protein. Pasien mengatakan hari ini makan habis sebanyak ½ porsi dan minum ±1200ml.Pasien mengatakan selama di rumah suka makan mie instan 5x sebualn,dan suaka makan bakso,gorengan. Pasien mengatakan dirumah suka masak dengan micin danmasako.

m. Eliminasi

Pasien mengatakan BAK 6-7 x/ hari .BAK bercampur darah yang keluar dari jalan lahir. Bak secara sepontan tanpa alat bantu.Pasien mengatakan sudah BAB jam 6 pagi tadi. Pasien mengatakan BAB tidak ada keluhan,BAB secara sepontan,dengan bau khas BAB,konsistensi lunak,warna kuning kecoklatan.

n. Pola aktivitasistirahat

Pasien biasa beraktivitas sebagai ibu rumah tangga, sejak sakit pasien hanya tiduran ditempat tidur. Kegiatan mandi, makan, toileting, jalan dilakukan secara mandiri.

o. Riwayat Obsterti dan

GinekologiKehamilan : P2A0

No. anak	Gangguan kehamilan	Proses persalinan	Lama persalinan	Tempat persalinan/penolongan	Masalah persalinan	Data Bayi	Keadaan anak saat ini
1.	Tidak ada	Spontan	30 menit	Dukun	Tidak ada	Imunisasi lengkap ,tidak sianosis saat lahir	Meninggal karena kecelakaan
2.	Tidak ada	Spontan	30 menit	Dukun	Tidak ada	Imunisasi lengkap ,tidak sianosis saat lahir	Hidup

Table 1.1 Riwayat Obsterti dan Ginekologi

- 1) Usia menarche : pasien mengatakan haid pertama saat umur 15tahun. Haid rutin setiap bulan satu kali. Darah haid tidak keluar berlebihan, tidak mengalami nyeri yang hebat saat haid.
- 2) Riwayat hubungan seksual : pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah selama melakukan sengama. Selama sakit ini pasien mengatakan tidak melakukan hubungan seksual.
- 3) Riwayat Pembedaan ginekologi : belum pernah dilakukan pembedahan

4) Riwayat Kontrasepsi : Klien mengatakan saat ini tidak menggunakan alat kontrasepsi,tetapi pasien mengatakan pernah menggunakan kb suntik setelah memiliki anak pertama, setelah itu menggunakan KB sepiral setelah melahirkan anak ke dua,dan yang terakhir dipakai KB pil 2 tahun lalu dan Pasien mengatakan sekarang tidak menggunakan KB.

p. Neurosis

GCS : E : 4, V : 5, M : 6

Disorientas : sesuai, baik

q. MuskuloskeletalEkstri

mitas

1) Atas

Pasien terpasang three way di tangan sebelah kiri sejak tanggal 13/07/2016. Ekstrimitas atas lengkap, tidak ada kelainan, dapat digerakkan dengan baik, turgor baik. Kuku bersih dan pendek- pendek. Tonus otot baik.

2) Bawah

Ekstrimitas bawah lengkap,simetris antara kiri dan kanan, tidak ada masalah untuk digerakan. Tonus otot baik.

r. Kulit

Warna kulit sawo matang, integritas kulit baik ,tugor kulit baik.

s. Pemeriksaan genitalia

Pasien menggunakan pampers. Pasien mengeluarkan darah dari jalan lahir ±100 cc. Pada genitalia pasien tidak ada lesi.

t. Pola tidur

Pasien mengatakan tidur mulai jam 22.00 WIB dan bangun jam 04.00 WIB .pasien mengatakan sesekalai bangun tengah malam untuk kencing. Pasien mengatakan setelah bangun tidur berasa segar.

6. Kesehatan Lingkungan

Keluarga pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah bersih, jauh dari pembuangan sampah. pasien mengatakan dirinya orang rumahan. Pasien mengatakan rumahnya jauh dari lingkungan pabrik dan pembuangan limbah pabrik. Pasien mengatakan hanya memiliki satu suami saja.Tidak ada ancaman bahaya seperti banjir dan tanah longsor.

7. Psikologi

a. Pola pikir dan persepsi

Pasien mengatakan sakit.Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul bersama keluarga. Pasien mengatakan kalau penyakit yang di deritanya ini merupakan sebuah ujian bagi dirinya.

b. Persepsi diri

Pasien mengatakan yang dipikirkan saat ini adalah ingin segera sembuh dan cepat pulang.

c. Suasanahati

Pasien mengatakan cemas karena akan kemoterapi,karena ini kemoterapi yang pertama. Pasien mengatakan belum tahu bagaimana itu kemoterpi dan efek sampingnya.

d. Pertahanan coping

1) Pengambilankeputusan

Pasien mengatakan pengambilan keputusan selau diambil secara musyawarah.

2) Yang disukai tentang dirisendiri

Pasien mengatakan menyukai wajahnya karena menurutnya wajahnya cantik.

3) Yang ingin diubah darikehidupan

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakitnya dan akan merubah pola makan dan hidup.

4) Yang dilakukan jikastress

Pasien mengatakan jika sedang stress hal yang dilakukan adalah tiduran.

e. Kebiasaan seksual

1) Gangguan hubunganseksual

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam berhubungan seksual.

2) Pemahaman terhadap fungsiseksual

Pasien mengatakan bahwa sekarang fungsi seksualnya tidak berfungsi semestinya karena penyakit yang dialaminya.

3) Masalah kebiasaan seksual yangdialami

Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah dalam kebiasaan seksual.

8. Sosial

Hubungan/ komunikasi

a. Bicara

Bicara pasien jelas, dapat dimengerti, dan koheren. Mampu berekspresi sesuai pembicaraan dengan baik, menggunakan bahasa Indonesia dan jawa tetapi lebih dominan bahasa jawa.

b. Tempattinggal

Pasien mengatakan tinggal bersama anak,cucu,suami dan menantunya.

c. Kehidupankeluarga

Adat istiadat yang dianut adalah adat jawa. Pembuat keputusan dalam keluarga adalah Tn. S dan Ny. N.Dan membuat keputusan selalu bersamakeluarga.

d. Kesulitan dalamkeluarga

Pasien mengatakan tidak ditemukan kesulitan dalam keluarga.

e. Sosial ekonomi

Pasien mengatakan ekonomi cukup

9. Spritual

Sistem nilai kepercayaan : Pasien menganut agama islam. Pasien mengatakan sebelumnya pasien selalu menjalankan sholat 5 waktu dan selama dirawat di rumah sakit pasien menjalankan sholat 5 waktu dengan cara bertayamum.

10. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Hari/Tgl	Nama tes	Hasil	Nilai normal
Rabu , 12 juni 2016	FAAL HATI		
	Albumin	4.05 g/dl	3,97- 4,94
	SGOT /AST	21 U/L	<=32
	SGPT/ALT	439U/L	<=33
	FAAL GINJAL		
	BUN	6 mg/dl	6,00-20,00
	Cretinin	0, 87 mg/dl	0,50-0,90
	DIABETES		
	Glukosa sewaktu	115mg/dl	80-140
	ELEKTROLIT		
	Natrium	145mmol/L	136-145
	Kalium	4.02 mmol/L	3,50-5,10
	Clorida	104 mmol/L	98-107
	HEMOSTASIS		
	PPT	14,6 detik	12,3 - 15,3
	INR	1,07	0,90 – 1,10
	Kontrol PPT	14,2	-

	APPT	23,4 detik	27,9-37,00
	Kontrol APTT	32,1	
	HEPATITIS		
	HbsAg	Non Reaktif	Non Reaktif
	HEMATOLOGI		
	Golongan darah	O	
	Hemoglobin	8,6 g/dl	12,0 - 16,0
	Eritrosit	3.20 10^6/Ul	4,20 - 5,20
	Hematokrit	28,4 %	36,0 - 48,0
	Leukosit	12,6710^3/Ul	4,50 - 11,0
	Trombosit	349 10^3/Ul	150 – 450

Table 1.2 Pemeriksaan Laboratorium

Hari/Tgl	Nama tes	Hasil	Nilai normal
Jumat ,15 Juli 2016	HEMATOLOGI		
	Hemoglobin	10,2 g/dl	12,0 - 16,0
	Eritrosit	3,64 10^6/Ul	4,20 - 5,20
	Hematokrit	32 %	36,0 - 48,0
	Leukosit	13,8810^3/Ul	4,50 - 11,0
	Trombosit	317 10^3/Ul	150 – 450

Tabel 1.3 Pemeriksaan Laboratorium

a. Jenis pemeriksaan :USG

Tanggal pemeriksaan : 13/ 07/ 2016

Hasil : Vu: terisi uterus

Vk : 6,9 x 6,9 x 6,5 tak tampak massa diadnexa

b. Jenis pemeriksaan : BNO IVP dan Thorax PA Dewasa Tanggal

pemeriksaan : 24 Juni 2016 di RSUDWates

Hasil/kesan BNO IVP :

- fungsi kedua ren dalam batasnormal

- voiding dalam batasnormal

Hasil/kesan Thorax PA Dewasa Di RSUD Wates pada tanggal 23 Juni 2016 :

- Besar cornormal

c. Jenis pemeriksaan : Pemeriksaan biopsi di RSUD Wates Tanggal

pemeriksaan : 17 Juni 2016

Cervik uteri s: karsinoma sel skomosa diffrensiasi sedang dengan degenerasi hidrofik

d. Jenis pemeriksaan : stanging staff di bangsal bougenfi 1 RSUP Dr.Sarjito

Hasil/kesan : ca. Cervik st. IIIA

11. Terapi obat dan program yang diberikan

Tanggal pemberian : 14 juli – 16 juli 2016

Hari /Tanggal	Nama Obat	Dosis	Rute	Fungsi
Kamis , 14 Juli 2016	Asam Traneksamat	500mg/8jam	IV	Anti koagulan (menghentikan perdarahan)
	Tranfusi darah PRC	200cc	IV	Menambah Hb
	Nacl 9%	500cc/ 20tpm	IV	Menambah cairan tubuh
Jumat ,15 Juli 2016	Asam Traneksamat	500mg/8jam	IV	Anti koagulan (menghentikan perdarahan)
	Nacl 9%	500cc/ 20tpm	IV	Menambah cairantubuh
Obat premedikasi				
	Ondansentron	16mg	Drip	Anti mual
	Dexsametashon	10mg	IV	Anti alergi
Kemoterapi				
	Cisplatin	100mg	Drip	Anti kanker
	5 FU	1000mg	Drip	Anti kanker
	D5%	500cc/20tpm	IV	Menambah cairan tubuh
Sabtu ,16 Juli 2016	Asam Traneksamat	500mg/8jam	Oral	Anti koagulan (menghentikan

				perdarahan
Asam mefenamat	500mg/8jam	Oral	Pengurang rasa nyeri	
Ondansentron	4mg/8 jam	Oral	Anti mual	

Tabel 1.4 Terapi obat

12. Analisa Data

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS : - Pasien mengatakan keluar darah dari jalan lahir DO: - konjunglival anemis - Hb ; 8,6g/dl - Pasien mengeluarkan darah dari jalan lahir ±100 cc.</p>	hipovolemia	Perfusi jaringan tidak efektif
2.	<p>DS : - pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah Do : P: karena pertumbuhan/ metastase kanker Q: seperti kemeng- kemeng R: perut bagian bawah S: 5 (0-10) T: hilang timbul,durasi 5 menit sekali - Td : 120/80 mmHg - Nadi : 80x/mnt - Terdapat nyeri tekan pada</p>	Agen cidera biologis(infil trasi kanker ke jaringan)	Nyeri akut

	perut bagian bawah		
3.	<p>DS : -</p> <p>DO : Pasien terpasang three way ditangan kiri sejak tanggal 13 Juli 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leukosit : $12,6710^3/\mu\text{l}$ 	Prosedur invasif	Resiko infeksi
4.	<p>DS : pasien mengatakan nyeri pada tusukan IV</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang obat kemoterapi Tetesan infus tampak lambat 	Sifat larutan (kemoterapi)	Resiko trauma vaskular
5	<p>DS : - Pasien mengatakan tenang tetapi sedikit cemas karena akan kemoterapi, karena ini kemoterapi yang pertama.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum tahu bagaimana itu kemoterapi dan efek sampingnya. <p>DO : -</p>	Kurang paparan informasi	Kurang pengetahuan (penerjemahan tentang kemoterapi dan efek kemoterapi)

13. Diagnosa Keperawatan Prioritas

a. Perfusi jaringan tidak efektif b/d hipovolemia d/d :

DS : - Pasien mengatakan keluar darah dari jalan lahir

DO: - konjunglivalanemis

- Hb ; 8,6g/dl

- Pasien mengeluarkan darah dari jalan lahir $\pm 100\text{cc}$.

b. Nyeri akut b/d agen ijuri biologis (infiltrasi kanker ke jaringan)d/d:
DS : - pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah

DO : P: karena pertumbuhan/ metastase kanker

Q: seperti kemeng- kemeng

R: perut bagian bawah

S: 5 (0-10)

T: hilang timbul,durasi 5 menit sekali

- Td : 120/80mmHg

- Nadi :80x/mnt

- Terdapat nyeri tekan pada perut bagianbawah

c. Resiko trauma veskuler b/d sifat larutan kemoterapi d/d:

DS : - pasien mengatakan nyeri pada tusukanIV

- Pasien mengatakan ini kemoterapi yang pertama

DO:- Terpasang obat kemoterapi Tetesan infus tampaklambat

d. Resiko infeksi b/d prosedur invasif d/d :

DS :-

DO : - Pasien terpasang three way ditangan kiri sejak tanggal 13 Juli 2016

- Leukosit : 12,67 10³/ul

e. Kurangnya pengetahuan (tentang pengertian kemoterapi dan efek kemoterapi)
b/d kurang paparan informasi d/d:

DS : - Pasien mengatakan tenang tetapi sedikit cemas karena akan kemoterapi,karena ini kemoterapi yangpertama.

- Pasien mengatakan belum tau bagaimana itu kemoterpi dan efek sampingnya.

DO :-

D . RencanaTindakan, Intervensi, Pelaksanaan, danEvaluasi

ASUHAN KEPERAWATAN

NamaPasien/No.CM :Ny “N”/1775979

Ruang:Bougenvil1

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis ,14 juli 2016 Jam : 08.30	<p>Perfusi jaringan tidak efektif b/d hipovolemia d/d : DS : - Pasien mengatakan keluar darah dari jalan lahir</p> <p>DO: - konjunglival anemis -Hb ; 8,6 g/dl - Pasien mengeluarkan darah dari jalan lahir ±100 cc.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukan Blood Koagulation dengan kriteriahasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perdarahan intraservikalberkurang b. TD dalam batas normal (120/80 mmHg, nadi: 60-100x/mnt, suhu: 36-37,5 °C,RR: 16-24x/mnt) c. Konjungtival tidakanemis d. Hb ≥10g/dl 	<p>Bleeding Precautions a. observasi tanda-tanda perdarahan dan Hb pasien b. Monitor tanda-tandavital c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yangbanyak d. Anjurkan pasien untuk cukupistirahat e. Kolaborasi</p> <p>Annisa</p>	<p>Kamis ,14 Juli 2016,jam : 08.30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkolabor asikan pemberian obat as.traneksamat 500mg periv annisa <p>Jam 10.00 WIB</p> <p>- Mengelola pemberian tranfusi darah 1 klof darah PRC golongan darahO</p> <p>S:-pasien mengatakan terasa sedikit gatal saat darahmasuk</p>	<p>Kamis ,14 Juli 2016,jam : 14.00 S:- pasien mengatakan darah keluar terus dari jalan lahir - pasien mengatakan terasa sedikit gatal saat darahmasuk</p> <p>O : - perdarahan ± 130 cc -obat as.traneksamat 500mg telah diberikan per iv</p>

			<p>medis : beri anti koagulasi (asam traneksamat 500mg/8jam)</p> <p>f. Kolaborasi dengan dokter pemberian transfusi darah 1 Klof</p> <p>annisa</p>	<p>darah masuk O : darah 1 klof (200cc) telah dimasukan annisa</p> <p>jam : 12.00 - Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>Q:36°C 120/80</p> <p>N: 82x/mrnit RR: 22x/mnt</p> <p>Annisa</p> <p>Jam : 13.00 -memonitor perdarahan pasien S:pasien mengatakan darah keluar terus dari jalan lahir O : perdarahan ± 130 cc</p> <p>annisa</p>	<p>- darah 1 klof (200cc) telah dimasukan</p> <p>- Td: 120/80</p> <p>S: 36°C</p> <p>N: 82x/mrnit</p> <p>RR: 22x/mnt</p> <p>A : Masalah gangguan pengeluaran</p> <p>teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Monitor tanda-tanda perdarahan dan Hb pasien</p> <p>b. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>c.Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak</p> <p>d. Anjurkan pasien untuk cukup istirahat</p> <p>e. Kolaborasi</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					medis : beri anti koagulasi (as.traneksamat 500mg/8jam)
					Annisa

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Kamis ,14 Juli 2016	<p>Perfusi jaringan tidak efektif b/d hipovolemia: Ds : pasien mengatakan perdarahan masih keluar banyak</p> <p>Do : konjungtival anemis - perdarahan ±150 cc</p>	<p>15.00 wib</p> <p>15.45 wib</p> <p>16.00 wib</p>	<p>Mengobservasi keluarnya darah Pasien</p> <p>S : pasien mengatakan darah terus keluar dari jalan lahir</p> <p>O : perdarahan pasien ±150 cc</p> <p>Memberikan obat asam traneksamat 500mg per IV</p> <p>S : pasien mengatakan sedikit semengkrang saat di berikan obat annisa</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>O : TD: 140/ 80</p> <p>S : 36°C</p> <p>Nadi : 80x/mnt</p> <p>Rr : 21x/mnt</p>	<p>Jam : 20.00 wib</p> <p>S : - pasien mengatakan darah terus keluar dari jalan lahir</p> <p>- pasien mengatakan sedikit semengkrang saat di berikan obat</p> <p>O: - perdarahan pasien ±150 cc</p> <p>- obat asamtraneksamat 500mg per IV</p> <p>TD: 140/ 80</p> <p>S : 36°C</p> <p>Nadi : 80x/mnt</p> <p>Rr : 21x/mnt</p> <p>A: masalah ganggu perfusi jaringan (anemia) belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor perdarahan pasien 3. MonitorHb 4. Anjurkan pasien untuk istirahancukup 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat asam tranesamat 500mg <p>annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Kamis ,14 Juli 2016	<p>Perfusi jaringan tidak efektif b/d hipovolemia /d: Ds : perdarahan berkurang</p> <p>Do : - perdarahan satupembalut penuh</p>	<p>24.00 wib</p> <p>06.30 wib</p> <p>06.45 wib</p>	<p>memberikan obat asam traneksamat 500mg per IV</p> <p>Dilakukan Perawat Bangsal</p> <p>Melakukan observasi perdarahan pasien</p> <p>S : pasien mengatakan darah terus keluar dari jalan lahir O : perdarahan pasien 1 pembalut lebih</p> <p>Annisa</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital O : TD: 120/ 80 S : 36°C Nadi : 80x/mnt Rr : 20x/mnt</p> <p>annisa</p>	<p>Jam : 07.00 wib, 15 juli 2016 S : - pasien mengatakan darah terus keluar dari jalan lahir</p> <p>O: - perdarahan pasien 1 pembalut lebih - obat asamtraneksamat 500mg per IV TD: 120/ 80 S : 36°C Nadi : 80x/mnt Rr : 20x/mnt</p> <p>A: masalah ganggu perfusi jaringan (anemia) belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitorperdarahan pasien 3. MonitorHb 4. Anjurkan pasienuntuk istirahan cukup <p>5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat asam tranesamat 500mg</p> <p>annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat ,15 Juli 2016-	<p>Perfusi jaringan tidak efektif b/d hipovolemia d/d: Ds : - pasien mengatakan masih mengalami perdarahan</p> <p>Do : - kesadaran komosmetis - konjungtival tidak anemis</p>	<p>07.30 wib</p> <p>09.00 wib</p> <p>10.00 wib</p> <p>13.00 wib</p>	<p>Memonitor hb pasien O : Hb: 10,3g/dl annisa</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital O : TD: 120/ 80 S : 36°C Nadi : 84x/mnt Rr : 22x/mnt annisa</p> <p>memberikan obat asam traneksamat 500mg per IV annisa</p> <p>mengobservasi perdarahan pasien S : pasien mengatakan darah terus keluar dari jalan lahir O : perdarahan pasien ±80 cc annisa</p>	<p>Jam : 14.00wib S : - pasien mengatakan darah terus keluar dari jalan lahir - pasien mengatakan akan banyak istirahat</p> <p>O: - perdarahan pasien ±80 cc - obat asamtraneksamat 500mg per IV TD: 120/ 80 S : 36°C Nadi : 80x/mnt Rr : 20x/mnt</p> <p>A: masalah ganggu perfusi jaringan (anemia) belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda Vital 2. Monitor perdarahan pasien 3. Anjurkan pasien untuk istirahan cukup 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkanintake 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat as.tranesamat500mg</p> <p>Annisa</p>

		13.30 wib	Menganjurkan pasien untuk istirahat cukup S : pasien mengatakan akan banyak istirahat annisa	
--	--	--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat ,15 Juli 2016	<p>Perfusi jaringan tidak efektif b/d hipovolemia d/d: Ds : pasien mengatakan perdarahan berkurang Do : perdarahan ±70 cc -konjungtival tidak anemis</p>	<p>15.00 wib 16.00 wib 16.30 wib</p>	<p>Mengobservasi perdarahan pasien S : pasien Mengatakan Perdarahan Berkurang O : perdarahan pasien ±70 cc annisa Memonitor tanda-tanda vital O : TD: 120/ 80 S : 36,3°C Nadi : 80x/mnt Rr : 22x/mnt -konjungtival tidak anemis annisa memberikanobat asam traneksamat 500mg per IV annisa</p>	<p>Jam : 14.00wib S : - pasien mengatakan darah terus keluar dari jalan lahir - pasien mengatakan akan banyak istirahat O: - perdarahan pasien ±70 cc - obat asamtraneksamat 500mg per IV TD: 120/ 80 S : 3,36°C Nadi : 80x/mnt Rr : 22x/mnt konjungtival tidak anemis A: masalah ganggu perfusi jaringan (anemia) belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda Vital 2. Monitor perdarahan pasien 3. Anjurkan pasienuntuk istirahan cukup 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkanintake 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat asam tranesamat 500mg</p>

Annisa

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat ,15 Juli 2016	<p>Perfusi jaringan tidak efektif b/d hipovolemia d/d: Ds : -</p> <p>Do : -perdarahan berkurang Kesadaran umum: baik</p>	<p>21.00 Wib</p> <p>06.30 Wib</p>	<p>Mengobservasi perdarahan pasien</p> <p>S : pasien Mengatakan Perdarahan Berkurang -pasien mengatakan hari ini sudah memakai pembalut</p> <p>O : perdarahan pasien satu pembalut lebih(± 50cc) TD: 120/ 80 S : 36,3°C Nadi : 82x/mnt Rr : 21x/mnt konjungtival tidak anemis</p> <p>Dilakukan Perawat Bangsal</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>O : TD: 120/ 80 S : 36,3°C Nadi : 82x/mnt Rr : 21x/mnt -konjungtival tidak anemis</p> <p>annisa</p>	<p>Jam : 07.15 wib tgl : 16 juli 2016</p> <p>S : - pasien mengatakan perdarahan berkurang -pasien mengatakan hari ini sudah memakai Pembalut</p> <p>O: - : perdarahan pasien satu pembalut lebih(± 50cc) TD: 120/ 80 S : 36,3°C Nadi : 82x/mnt Rr : 21x/mnt konjungtival tidak anemis</p> <p>A: masalah ganggu perfusi jaringan (anemia) belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda-tanda Vital Monitor perdarahan pasien Kolaborasi dengan dokter pemberian obat as.tranesamat 4mg/oral/8jam Buat dischargeplaning <p>Annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Sabtu ,16 Juli 2016	<p>Perfusi jaringan tidak efektif b/d hipovolemia d/d: Ds : Perawat mengatakan perdarahan hark sang,perdara</p> <p>Do : pasien menggunakan pembalut -perdarahan satu pembalut</p>	<p>09.00 Wib</p> <p>11.00 wib</p> <p>11.15 wib</p>	<p>Memonitor tanda-tanda vital O : TD: 140/ 80 S : 37°C Nadi : 80x/mnt Rr : 20x/mnt -konjungtival tidak anemis</p> <p>annisa mengobservasi Perdarahan pervagian pada Pasien S : pasien Mengatakn Perdarahan Berkurang - Pasien Mengatakan Perdarahan sebanyak satu Pembalut</p> <p>annisa memberikanobat asam traneksamat 4mg per oral/8jam s : pasien mengatakan akan minum obat teratur sesuai yang dianjurkan</p> <p>o : obat asam traneksamat telah diberikan ke pasien annisa</p>	<p>Jam : 11.30 S : pasien mengatakan perdarahan berkurang - Pasien mengatakan perdarahan sebanyak satu pembalut -pasien mengatakan akan minum obat teratur sesuai yang dianjurkan</p> <p>- pasien mengatakn akan berangakat kontrol tanggal 29 juli 2016</p> <p>O : obat asam traneksamat telah diberikan ke pasien TD: 140/ 80 S : 37°C Nadi : 80x/mnt Rr : 20x/mnt -konjungtival tidak anemis</p> <p>A : masalah gangguan perfusi jaringan(anemia) teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi karena Pasien dipulangkan</p> <p>Annisa</p>

ASUHAN KEPERAWATAN

NamaPasien/No.CM :Ny "N"/1775979

Ruang:Bougenvil1

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis ,14 juli 2016 Jam : 08.30	<p>Nyeri akut b/d agen ijuri biologis (infiltrasi kanker ke jaringan) d/d:</p> <p>DS : - pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah</p> <p>Do : P:Karena pertumbuhan/ metastase kanker</p> <p>Q: seperti kemeng-kemeng</p> <p>R: perut bagian bawah</p> <p>S: 5 (0-10) T:hilang timbul,durasi5 menit sekali</p> <p>Td : 120/80 mmHg</p>	<p>Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukan pain control dengan kriteriahasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu mengenali nyeri (skala ,durasi,frekuensi,tanda-tandanyeri) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang skala 2(0-10) c. Pasien mampu mengontrol nyeri dengan menejemennyeri d. Tanda tanda vital batas normal (TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100x/mnt, suhu: 36-37,5 °C,RR: 16-24x/mnt) 	<p>Pain management</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kaji nyeri secara komperhensif b. Monitor tanda-tanda vital c. Ajarkan mengontrol nyeri dengan non faramakologi d. Anjurkan pasien untuk meningkatkan istirahat e. Kolaborasi dengan dokter pemberianobat <p>annisa annisa</p>	<p>Kamis ,14 Juli 2016,jam : 07.45</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji nyeri secara komperhensif S : pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah,nyeri seperti kemeng-kemeng,nyeri hilang timbul durasi 5menit sekali,skala 5 <p>O : pasien tampak memegang perutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saatditekan 	<p>Kamis ,14 Juli 2016,jam : 14.00</p> <p>S:- pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah,nyeri seperti kemeng-kemeng,nyeri hilang timbul durasi 5menit sekali,skala 5</p> <p>-pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah nafas dalam</p> <p>O : pasien tampak memegang perutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Td: 120/80 S: 36°C

Nadi : 80x/mnt

-Terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah

perutnya pasien

tampak menahan nyeri

annisa

jam : 08.00

memonitor

tanda-tanda vital

O: TD: 120/80

S: 36°C

N: 80x/mrnit

RR: 22x/mnt

Annisa

Jam : 12.30

Memonitor tanda
tandavital

TD: 120/80

S: 36°C

N: 82x/mrnit

RR: 22x/mnt

Mengajarkan

teknik non
farmakologi(nafas
dalam)

S : pasien

mengatakan nyeri

N: 82x/mrnit

RR: 22x/mnt

- pasien tampak
melakukan nafas
dalam

A : Masalah nyrti
akut belum teratasi

P:Lanjutkan
intervensi

a. Kaji nyeri secara
komperhensif

b. Monitor tanda-
tandavital

c. Ajarkan
mengontrol nyeri
dengan non
farmakologi

d. Anjurkan pasien
untuk meningkatkan
istirahat

e. Kolaborasi
dengan dokter
pemberianobat

				<p>sedikit berkurang setelah nafas dalam</p> <p>O : pasien tampak melakukan nafas dalam</p>	Annisa
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Kamis 14 juli 2016	<p>Nyeri akut b/d agen cidera biologis d/d: Ds : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 4,nyeri hilang timbul,durasi 10 menit sekali Do : pasien tampak menahan nyeri saat perut bagian bawah ditekan</p>	<p>15.00 wib</p> <p>16.00 wib</p> <p>16.10 wib</p>	<p>Mengkaji nyeri secara komperhensif S :pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 4,nyeri hilang timbul,durasi 10 menit sekali O : pasien tampak menahan nyeri saat perut bagian bawah ditekan Annisa Memonitor tanda vital Td : 140/90 Nadi :80x/mnt S : 36 Rr : 21x/mnt Annisa Menganjurkan pasien untuk meningkatkan istirahat cukup S : pasien mangatakn akan beristiraht Annisa</p>	<p>Jam 20.00 S : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 4,nyeri hilang timbul,durasi 10 menit sekali pasien mengatakn akan beristiraht O : pasien tampak menahan nyeri saat perut bagian bawah ditekan Td : 140/90 Nadi :80x/mnt S : 36 Rr : 21x/mnt A : masalah nyeri akut belum teratasi P : lannjutkan intervensi 1. Kaji nyeri secara komperhensif 2. Monitor tandavital 3. Ajarkan teknik non faramakologi 4. Anjurkan pasien istirahatcukup annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Kamis 14 juli 2016	<p>Nyeri akut b/d agen cidera biologis d/d: Ds :pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 4,nyeri hilang timbul,durasi 10 menit sekali pasien mengatakn akan beristirahat</p> <p>Do: kesadaran umum : baik</p>	<p>20.15 wib</p> <p>06.30 wib</p> <p>07.00 wib</p>	<p>Mengkaji nyeri secara komperhensif S:pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 3,nyeri hilang timbul,durasi 10 menit sekali</p> <p>Dilakukan oleh perawat bangsal</p> <p>Memonitor tanda vital Td : 120/80mmhg S : 36°C Nadi : 80x/mnt Rr : 21x/mnt</p> <p>Mengkaji nyeri secara komperhensif S:pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 5,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng</p> <p>O : pasien tampak</p>	<p>Jam 07.30,tgl : 15 juli 2016 S : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 5,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng</p> <p>O : pasien tampak memegang perut Td : 120/80 Nadi :80x/mnt S : 36 Rr : 21x/mnt</p> <p>A : masalah nyeri akut teratas sebagian</p> <p>P : lannjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komperhensif 2. Monitor tandavital 3. Ajarkan teknik non faramakologi 4. Anjurkan pasien istirahatcukup <p>annisa</p>

		07.15 wib	memegang perut Annisa Mengajarkan nafas dalam O : pasien melakukan nafas dalam annisa	
--	--	--------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat 15 juli 2016	<p>Nyeri akut b/d agen cidera biologis d/d: Ds: pasien mengatakan nyeri di perutbagian bawah berkurang,skala 4 seperti kemeng-kemeng,nyeri hilangtimbul</p> <p>Do : kesadaran composmetis -pasien tampak memegangi perut bagian bawah</p>	<p>10.20 wib</p> <p>12.00 wib</p> <p>13.00 wib</p>	<p>Mengkaji nyeri secara komperhensif S:pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawahberkurang ,skala 3,nyeri hilang timbul,durasi 10 menit sekali</p> <p>Annisa</p> <p>Memonitor tanda vital Td : 120/80mmhg S : 36°C Nadi : 80x/mnt Rr : 20x/mnt</p> <p>Menganjurkan pasien untuk istiraha cukup S : pasien mengatakn akan banyak istirahat</p>	<p>Jam 07.30,tgl : 15 juli 2016 S : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng -pasien mengatakn akan banyak istirahat</p> <p>O : pasien tampak memegang perut Td : 120/80 Nadi :80x/mnt S : 36°C Rr : 20x/mnt</p> <p>A : masalah nyeri akut teratas sebagian</p> <p>P : lannjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komperhensif 2. Monitor tandavital 3. Ajarkan teknik non faramakologi 4. Anjurkan pasien istirahatcukup <p>annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat 15 juli 2016	<p>Nyeri akut b/d agen cidera biologis d/d: Ds : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkurang ,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-</p> <p>Do : - pasien tampak memegang perut bagian bawah</p>	<p>15.00 wib</p> <p>12.00 wib</p> <p>19.00 wib</p>	<p>Mengkaji nyeri secara komperhensif S:pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkurang ,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng</p> <p>kemeng</p> <p>Annisa</p> <p>Memonitor tanda vital Td : 120/80mmhg S : 37°C Nadi : 82x/mnt Rr : 22x/mnt</p> <p>Annisa</p> <p>Menganjurkan pasien untuk istiraha cukup S : pasien mengatakn akan banyak istirahat</p> <p>annisa</p>	<p>Jam 07.30,tgl : 15 juli 2016 S : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng -pasien mengatakn akan banyak istirahat</p> <p>O : pasien tampak memegang perut Td : 120/80 Nadi :82x/mnt S : 37°C Rr : 22x/mnt</p> <p>A : masalah nyeri akut teratas sebagian</p> <p>P : lannjutkan intervensi 1. Kaji nyeri secara komperhensif 2. Monitor tanda vital 3. Ajarkan teknik non faramakologi 4. Anjurkan pasien istirahat cukup</p> <p>annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat 15 juli 2016	<p>Nyeri akut b/d agen cidera biologis d/d: Ds : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng -pasien mengatakn akan banyak istirahat Do : -</p>	<p>21.00 wib 06.30 wib</p>	<p>Mengkaji nyeri secara komperhensif S:pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemen Dilakukan oleh perawat bangsal Memonitor tanda vital Td : 120/80mmhg S : 36,3°C Nadi : 82x/mnt Rr : 21x/mnt Annisa</p>	<p>Jam 07.30,tgl : 16 juli 2016 S : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah berkuran ,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng -pasien mengatakn akan banyak istirahat O : pasien tampak memegang perut Td : 120/80 Nadi :82x/mnt S : 36,3 Rr : 21x/mnt A : masalah nyeri akut teratas sebagian P : lannjutkan intervensi 1. Kaji nyeri secara komperhensif 2. Monitor tandavital 3. Ajarkan teknik non faramakologi 4. Anjurkan pasien istirahatcukup 5. Rencana pasien pulang annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Sabtu 16 juli 2016	<p>Nyeri akut b/d agen cidera biologis d/d: Ds :pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah berkurang,sekala 3,nyeri hilang timbul seperti kemeng-kemeng</p> <p>Do : kesadaran kompositus -wajah pasien nampak rileks,sumringah</p>	<p>07.00 wib</p> <p>09.00 wib</p> <p>11.00 wib</p>	<p>Mengkaji nyeri secara komprehensif S:pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeriseperti kemeng-kemeng</p> <p>O : saat di tekan bagian bawah pasien nampak menahan nyeri</p> <p>menahan nyeri</p> <p>Annisa</p> <p>Memonitor tanda vital Td : 140/80mmhg S : 37°C Nadi : 80x/mnt Rr : 20x/mnt</p> <p>Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi(nafas dalam dan kompres hangat) S : pasien mengatakan akan melakukan nafas dalam kalau nyeri kambuh</p>	<p>Jam11.30 ,tgl : 16 juli 2016 S : pasien mangatakan nyeri pada perut bagian bawah ,skala 3,nyeri hilang timbul,nyeri seperti kemeng-kemeng -pasien mengatakn akan banyak istirahat</p> <p>O : saat di tekan perut bagian bawah pasien nampak menahan nyeri</p> <p>Td : 140/80 Nadi :82x/mnt S : 37°C Rr : 20x/mnt</p> <p>A : masalah nyeri akut teratas sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1.ajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam dan kompres hangat) 2.Pasien dipulangkan</p> <p>annisa</p>

			<p>-pasien mengatakan kalau nyeri tidak berkurang akan melakukan kompres hangat</p> <p>O : pasien tamapak tenang</p> <p>annisa</p>	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ASUHAN KEPERAWATAN

NamaPasien/No.CM :Ny "N"/1775979

Ruang:Bougenvil 1

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Jumat, 15 Juli 2016 Jam : 10.30	Resiko trauma veskuler b/d sifat larutan (kemoterapi) d/d : DS:-pasien mengatakan nyeri pada tusukan IV DO : -Terpasang obat kemoterapi -Tetesan infus tampak lambat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan tidak mengalami infeksi veskuler dengan criteria hasil : 1. Tidak terjadi flebitis dan ekstravasasi 2. Tetesan infus tidaktersumbat	Infektion control 1. Obserasi tanda flebitis danekstravasasi 2. Monitor tetesan infus 3. Kelola pemberian obat kemoterapi 4. Anjurkan pasien untuk cukup makan danistirahat	Jumat ,15 Juli 2016,jam : 10.35 Memberikan injeksi premedikasi O : obat dexametashon 10mg telah diberikan per IV Annisa Annisa Jam 16.30 Mengelola pemberian kemoterapi O : obat cisplatin 100mg,5FU 1000mg telah diberikan drip	Kamis ,14 Juli 2016,jam :18.00 wib S:-pasien mengatakan akan istirahat -pasien mengatakan pusing -pasien mengatakan akan makan banyak setelah kemoini O :- obat dexametashon 2x 5mg telah diberikan perIV -Obat ondansentro 2x 8ml telah

				<p>Jam : 16.45 Memonitor tetsan infus O : tetesan tidak tersumbat, tetesan 40 tpm Jam : 18.00 Mengajurkan pasien untuk cukup istirahat dan makan banyak S:pasien mengatakan akan istirahat -pasien mengatakan pusing -pasien mengatakan akan makan banyak setelah kemo ini.</p> <p style="text-align: right;">Annisa</p>	<p>diberikan per IV - obat cisplatin 100mg,5FU 1000mg telah diberikan drip - tetesan tidak tersumbat, tetesan 40 tpm</p> <p>A : Masalah Resiko trauma veskuler teratas</p> <p>P:Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">Annisa</p>
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ASUHAN KEPERAWATAN

NamaPasien/No.CM :Ny “N”/1775979

Ruang:Bougenvill1

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis ,14 juli 2016 Jam : 09.00	Resiko infeksi b/d prosedur invasif d/d : DS : - DO : - Pasien terpasang three way ditangan kiri sejak tanggal 13 Juli 2016 -Leokosit : 12,67 10 ³ /ul	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien menunjukan risk control dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi (kalor,dolor rubor,tumor,fungsiolaesa) b. Menunjukan kemampuan untuk mencegahinfeksi c. Suhu dalam batasnormal(36-37,5 °C) <p style="text-align: right;">Annisa</p>	<p>Infection control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda gejalainfeksi 2. Monitor angka leukosit 3. Monitor suhu pasien 4. Ganti letak iv line 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan 6. Ajurkan pasien untuk menjaga kebersihan areatusukan 7. Kolaborasi 	<p>Kamis ,14 Juli 2016,jam : 10.00 -memeonitor tanda tanda infeksi O : tidak tampak tanda tanda infeksi annisa jam : 12.30 mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan O:perawat sudah mencucitangan - memonitor suhu pasien O: S:36°C</p>	<p>Kamis ,14 Juli 2016,jam : 14.00 S:- pasien mengatakan akan menjaga kebersihan area tusukan O : S: 36°C - tidak tampak tanda tanda infeksi - perawat sudah mencucitangan A : Masalah resiko infeksi belum teratasi</p>

			dengan dokter pemberian antibiotik annisa	Annisa Jam : 13.30 Menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan area tusukan S : pasien mengatakan akan menjaga kebersihan area tusukan annisa	P:Lanjutkan Intervensi 1. Monitortanda gejala infeksi 2. Monitorangka leukosit 3. Monitor suhu pasien 4. Ganti letak iv line 5. Cuci tangan sebelum dan sesudahtindakan 6. Ajurkan pasien untuk menjaga kebersihan area tusukan Annisa
--	--	--	--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Kamis ,14 Juli 2016	<p>Resiko infeksi b/d prosedur invansif d/d:</p> <p>Ds : -</p> <p>Do : tidak ada tanda infeksi</p>	<p>15.00 wib</p> <p>16.00 wib</p> <p>16.10 wib</p> <p>19.00 wib</p>	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah Tindakan O : perawat mencuci tangan</p> <p>annisa</p> <p>Memonitor suhu Pasien O : 36°C</p> <p>annisa</p> <p>menganjurkan pasien menjaga area tusukan S : pasien Mengatakan tanganya kemeng setelah transfusi daraha tadi</p> <p>annisa</p> <p>Memonitor tanda dan gejala infeksi O : tidak ada gejala infeksi</p> <p>annisa</p>	<p>Jam : 20.00 wib S : pasien mengatakan tanganya kemeng setelah transfusi daraha tadi</p> <p>O: - perawat mencuci tangan S: 36°C tidak ada gejala infeksi</p> <p>A: masalah gangguan resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1. Monitor suhu pasien 2. Monitor angkaleokosit 3. Monitor tanda gejala infeksi 4. Ganti tusuka IV line 3 hari sekali 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat jika diperlukan.</p> <p>annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Kamis ,14 Juli 2016	Resiko infeksi b/d prosedur invansif d/d: Ds : - Do :- di dekat area tusukan terdapat kemerahan dan bengkak	20.30 wib 24.00 wib 06.00 wib 06.30 wib 07.30 wib	Mencuci tangan sebelum dan sesudah Tindakan O : perawat mencuci tangan Dilakukan Perawat Bangsal Memonitor tanda gejala infeksi O : di dekat area tusukan terdapat kemerahan dan bengkak Dilakukan Perawat Bangsal memonitor suhu pasien S: 36°C Dilakukan Perawat Bangsal Memonitor tanda dan gejala infeksi O : terdapat kemerahan dan bengkak di area tusukan Memonitor angka Leukosit O : 13,88 10 ³ /ul	Jam : 20.00 wib S : - O: - perawat mencuci tangan S: 36°C terdapat kemerahan dan bengkak di area tusukan leukosit : 13,88 10 ³ /ul A: masalah gangguan resiko infeksi teratas sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor suhu pasien 2. Monitor angka leukosit 3. Monitor tanda gejala infeksi 4. Ganti tusuka IV line 3 hari sekali 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat jika diperlukan. annisa Annisa

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat ,15 Juli 2016	<p>Resiko infeksi b/d prosedur invansif d/d: Ds : perawat mengatakan di area tusukan bengkak dan kemerahan Do : tampak kemerahan dan bengkak pada area tusukan</p>	<p>08.30 wib 10.00 wib 10.10 wib 10.30 wib 12.00 wib</p>	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan O : perawat mencuci tangan annisa Memonitor tanda gejala infeksi O : di dekat area tusukan terdapat kemerahan dan bengkak annisa menganti area tusukan o : tusukan IV line telah diganti di tangan kanan annisa menganjurkan pasien untuk menjaga area tusukan tetap bersih s : pasien mengatakan akan menjaga area tusukan tetap bersih annisa memonitor tanda gejala infeksi o : tidak ada tanada gejala infeksi annisa</p>	<p>Jam : 20.00 wib S : - pasien mengatakan akan menjaga area tusukan tetap bersih O: - perawat mencuci tangan -tusukan IV line telah diganti di tangan kanan -tidak ada tanada gejala infeksi A: masalah gangguan resiko infeksi teratas sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor suhupasien 2. Monitor tanda gejala infeksi 3. Ganti tusuka IV line 3 harisekali 4. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat jika diperlukan. annisa</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M :Ny.“N”/17759xx

Ruang : Bougenville1

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Jumat ,15 Juli 2016	<p>Resiko infeksi b/d prosedur invansif d/d: Ds : -</p> <p>Do : tidak ada tanda gejala infeksi</p>	<p>15.00 wib</p> <p>16.00 wib</p> <p>16.10 wib</p> <p>17.00 wib</p>	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan O : perawat mencuci tangan Annisa</p> <p>Memonitor tanda gejalainfeksi O : tidak ada tanda gejalainfeksi annisa</p> <p>memonitor suhu pasien s : 36°C annisa</p> <p>Melepas Infus O : infus telah dilepas annisa</p>	<p>Jam : 20.00 wib S : -</p> <p>O: - perawat mencuci tangan -infus telah lepas</p> <p>A: masalah gangguan resiko infeksiteratasasi</p> <p>P: hentikanintervensi annisa</p>

ASUHAN KEPERAWATAN

NamaPasien/No.CM :Ny "N"/1775979

Ruang:Bougenvil1

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Jumat, 15 Juli 2016 Jam : 13.30	Kurangnya pengetahuan(tentang pengertian kemoterapi dan efek kemoterapi) b/d kurang paparan informasi d/d : DS:-Pasien mengatakan tenang tetapi sedikit cemas karena akan kemoterapi -Pasien mengatakan belum tau bagaimana itu kemoterpi dan efek sampingnya. DO : -	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan pasien memahami tentang kemoterapi dengan criteria hasil : a. Mampu menjelaskan tentang pengertian kemoterapi dengan bahasanyasendiri b. Mampu menyebutkan 3 dari 7 efek samping kemoterapi dengan bahasanyasendiri	Teaching - Kaji keluhan pasien - Lakukan pendidikan kesehatan - Memberikan motivasi kepada pasien Annisa	Jumat ,15 Juli 2016,jam : 13.30 Mengkaji keluhan pasien S : paseian mengatakan sedikit gelisah karena akan kemoterapi dan belum tau efek dari kemoterapi O : pasien tampak cemas Melakukan pendidikan kesehatan tentang kemoterapi dan efek kemoterapi O :-pasien dapat menyebutkan pengertian -	Kamis ,14 Juli 2016,jam : 14.00 S: - pasien mengatakan akan tetap semangat hidup O : pasien tampak tenang -pasien dapat menyebutkan pengertian kemoterapi dengan bahasanya sendiri - pasien dapat

				<p>kemoterapi dengan bahasanya sendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dapat menyebutkan 3 dari 7efek samping dari Kemoterapi <p>dari 7efek samping dari kemoterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memotivasi pasien agar tetap semagat dan tidak usah takut kemoterapi <p>S : pasien mengatakan akan tetap semangat hidup</p>	<p>menyebutkan 3 dari 7efek samping dari Kemoterapi</p> <p>A : Masalah Kurangnya Pengetahuan Teratas</p> <p>P:Hentikan Intervensi</p> <p>Annisa</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

