KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN KECEMASAN PADA PASIEN DENGAN KANKER SERVIKS

Oleh :

LAILI INDIRA PUTRI

NIM : 2317057

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA

AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

YOGYAKARTA

2020

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN KECEMASAN PADA PASIEN DENGAN KANKER SERVIKS

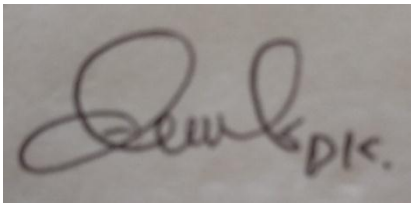
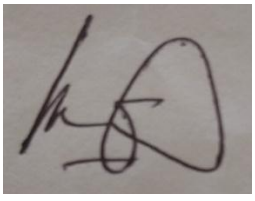
OLEH :

LAILI INDIRA PUTRI

NIM : 2317057

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan Disetujui pada tanggal

---

Pembimbing I	Pembimbing II
	
Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns.M.Kep	Hikmah,SPd.M.Kes
NIK : 1141 12 161	

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandan tangan dibawah ini :

Nama : Laili Indira Putri

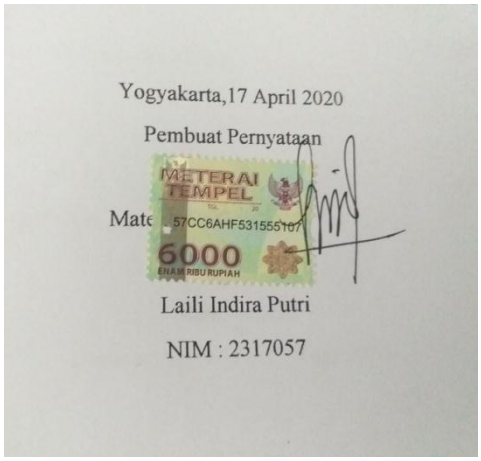
NIM : 2317057

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.



HALAMAN PENGESAHAN

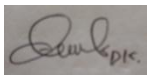
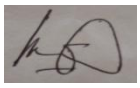
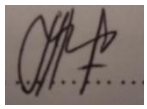
STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN KECEMASAN PADA PASIEN DENGAN KANKER SERVIKS

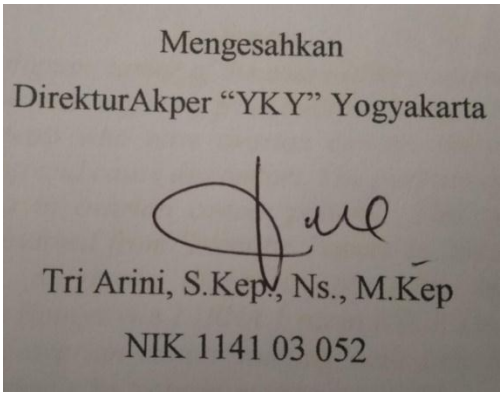
OLEH :

LAILI INDIRA PUTRI

NIM : 2317057

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper "YKY" Yogyakarta Pada tanggal

Dewan Penguji :	Tanda Tangan
Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns.M.Kep.	
Hikmah, SPd.M.Kes	
Ana Ratnawati, AhPP.S.Ns.M.Kep.	



MOTTO

Dan katakanlah, “Bekerjalah kamu, maka Allah akan melihat pekerjaanmu, begitu juga Rasul-Nya dan orang-orang mukmin, dan kamu akan dikembalikan kepada (Allah) Yang Mengetahui akan ghaib dan yang nyata, lalu diberirakan-Nya kepada kamun apa yang telah kamu kerjakan”

(Q.S At-Taubah/9:105)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah SWT, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dan penulis persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua saya Werdhiningsih dan Purjanto yang telah memberikan kasih sayang, semangat dan senantiasa mendoakan disetiap langkah saya.
2. Untuk babe saya Ir.Bambang Aribowo.SPd yang telah memberikan keikhlasan telah mendidik, membimbing, dan mendukung langkah saya.
3. Untuk Nenek dan Kakek saya Maninuk dan Sugito yang selalu mendoakan saya.
4. Untuk bibi dan om saya Wati dan Ari yang selalu membantu dan mendukung langkah saya.
5. Untuk Fitran Zakiya yang menemani hari-hari saya, mendengarkan keluh kesah saya, memberikan semangat, motivasi, dan dukungan.
6. Untuk teman saya Aura Nailul Muna, Rohana Muji Rahayu, Dede Nur Azis teman seperjuangan terima kasih semangat dan dukunganya.
7. Untuk teman-teman 3B, terima kasih sudah menjadi keluarga kedua, terima kasih ataus dukungan, bantuan, motivasi, dan canda tawa kalian semua membuat saya bisa bertahan dan mampu menyelesaikan studi ini.
8. Untuk angkatan 23 yang telah berjuang bersama
9. Untuk almamaterku tercinta Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis karya tulis ilmiah dengan judul studi dokumentasigangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah dapat disusun dan diselesaikan atas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta.
2. Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku pembimbing I penulisan karya tulis ilmiah, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulis karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktunya.
3. Hikmah, S.Pd.,M.Kes selaku dosen pembimbing II penulisan karya tulis ilmiah, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulis karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktunya.

4. Ana Ratnawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji dari Poltekes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran dan motivasi dalam melaksanakan ujian sidang.
5. Semua pihak yang telah membantu atas terselesaikanya karya tulis ilmiah ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

   Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini, dan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Yogyakarta, ... 2020

Laili Indira Putri

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam.....ii
Halaman Persetujuan.....iii
Pernyataan Keaslian Penulisan.....iv
Halaman Pengesahan.....v
Motto.....vi
Halaman Persembahan.....vii
Kata Pengantar.....viii
Daftar Isi.....ix
Abstrak.....x
BAB IPENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 4
C. Tujuan Penelitian 4
D. Ruang Lingkup 5
E. Manfaat Penelitian 5
BAB IITINJAUAN TEORI 7
A. Teori Dasar 7
1. Konsep KankerServiks.....7
2. Konsep Gangguan Kecemasan.....19
3. Asuhan Keperawatan Kanker Serviks.....23
B. Kerangka Teori 29
BAB IIIMETODE PENELITIAN 31
A. Rancangan Penelitian 31
B. Obyek Penelitian 31
C. Lokasi dan Waktu Penelitian 32
D. Definisi Operasional 32
E. Instrumen Penelitian 33
F. Teknik Pengumpulan Data 33
G. Analisa Data 33
H. Etika Studi Kasus 34
I. Kerangka Alur Penelitian 34

BAB IVHASIL DAN PEMBAHASAN 31
A. Hasil 31
B. Pembahasan..... 34
BAB VPENUTUP..... 44
A. Kesimpulan 44
B. Saran..... 45
C. Daftar Pustaka 47
LAMPIRAN

Laili Indira Putri. (2020). Studi Dokumentasi Gangguan Kecemasan Pada Pasien Kanker Serviks

Pembimbing : Dewi Kusumaningtyas, Hikmah

Abstrak

Kanker serviks merupakan kanker yang terjadi pada serviks uterus. Penyakit kanker serviks disebabkan oleh bebrapa jenis virus yang disebut *human papilloma virus* (HPV).Kecemasan (ansietas) adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang.

Tujuan studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran gangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks.Metode penelitian ini menggunanken deskriptif kualitatif, sampel berupa satu dokumen asuhan keperawatan kakak tingkat yang lulus pada tahun 2015. Penelitian dilakukan pada tanggal 8 Maret 2020 sampai dengan 29 Juni 2020 di kampus Akper "YKY" Yogyakarta, analisi dengan membedakan studi kasus dengan teori yang ada.

Hasil pengkajianmenunjukan gejala kecemasan namun pengkajian belum menyeluruh belum. Diagnosa keperawatan sudah ditetapkan berdasarkan data-data pasien mendukung. Perencanaan studi kasus ini menuliskan tujuan dan kriteria hasil berdasarkan tujuan yang ingin dicapai, pada rencana tindakan belum menuliskan tindakan dengan lengkap sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan studi kasus ini belum sesuai dengan rencana tindakan. Pelaksanaan juga belum menuliskan evaluasi proses secara keseluruhan pada setiap tindakan. Evaluasi dalam studi kasus ini didapatkan masalah ansietas teratasi selama 3x24 jam.Kecemasan pada pasien dengan kanker serviks perlu mendapatkan asuhan keperawatan yang terencana dengan baik, komprehensif dan terdokumentasi dengan lengkap guna meningkatkan kualitas hidup

Kata kunci : Kanker Serviks; Ansietas; Studi Dokumentasi

Laili Indira Putri. (2020). Documentation Study of Anxiety Disorders in Cervical Cancer Patients

Abstract

Cervical cancer is cancer that occurs in the cervix of the uterus. Cervical cancer is caused by several types of viruses called human papilloma virus (HPV). Anxiety (anxiety) is an emotion and subjective experience from someone.

The purpose of this documentation study is to find out the description of anxiety disorders in patients with cervical cancer. This research method uses descriptive qualitative, a sample in the form of a nursing document nursing sister level graduated in 2015. The study was conducted on March 8, 2020 until June 29, 2020 at the campus of "YKY" Yogyakarta, analysis by distinguishing case studies with existing theories.

The results of the assessment showed symptoms of anxiety but the assessment was not comprehensive yet. Nursing diagnoses have been determined based on patient supportive data. Planning this case study writes the goals and criteria for results based on the objectives to be achieved, the action plan has not written the complete action in accordance with the expected goals. The implementation of this case study is not in accordance with the action plan. The implementation also hasn't written down the overall process evaluation on each action. Evaluation in this case study found anxiety problems resolved for 3x24 hours. Anxiety in patients with cervical cancer needs to get nursing care that is well planned, comprehensive and fully documented in order to improve the quality of life

Keywords: Cervical Cancer; Anxiety Documentation Study

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker serviks merupakan kanker ginekologi yang paling sering terjadi pada wanita, penyebab utamanya adalah adanya infeksi virus, yaitu oleh *Human Papilloma Virus* (HPV) terutama pada tipe 16 dan 18. Infeksi ini terjadi pada transformasi *c* sel epitel serviks, pada mulanya terjadi lesi pre kanker kemudian menjadi *frank cancer (*Hyacinth *et al,* 2012 dalamRidhaningsih & Nurjannah, 2010).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2012 menyatakan bahwa kanker merupakan penyakit tidak menular yang mengakibatkan kematian terbanyak di dunia. Dalam hal ini kanker menempati urutan nomor dua penyakit mematikan setelah penyakit jantung dan pembuluh darah. Setiap tahunnya terdapat 12 juta penderita kanker serviks dan 7,6 juta jiwa diantaranya meninggal dunia (Depkes, 2012 dalam Ridhaningsih & Nurjannah, 2010)

Penyakit kanker masih menjadi masalah kesehatan serius di Indonesia. Data Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2010 menunjukkan jumlah wanita Indonesia yang berusia 30-50 tahun sejumlah 35.950.765 orang. Sampai dengan tahun 2012 dari 575.503 orang telah melakukan skrining inspeksi visual asam asetat (IVA), terdapat 25.805 orang dengan hasil IVA positif (Depkes, 2012 dalam Ridhaningsih & Nurjannah, 2010).

Prevalensi kanker tertinggi adalah provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yaitu 4,86 per 1000 penduduk. Tingginya kasus kanker serviks di Indonesia membuat WHO menempatkan Indonesia salah satu negara dengan jumlah penderita kanker serviks terbanyak di dunia. Ironisnya, 80% dari penderita kanker serviks datang dalam stadium lanjut, dan 94% pasien dari kasus tersebut meninggal dalam 2 tahun (Depkes, 2019).

Kanker serviks akan menyebabkan kematian bila tidak segera ditangani karena adanya kegawatdaruratan yang terjadi pada pasien kanker serviks. Kegawatdaruratan paling sering terjadi pada pasien kanker serviks adalah perdarahan hebat pada vagina, vagina berbau busuk keputihan, nyeri panggul, dan sakit saat buang air kecil (Prawirohardjo, 2011)

Dari kondisi diatas dapat menyebabkan gangguan kecemasan bagi pasien karena dampak psikologis dari penyakit yang diderita meliputi depresi dan cemas pada semua tahap penyakit dari mulai munculnya gejala pertama, saat didiagnosis, selama pengobatan, selama perawatan paliatif dan bahkan saat masa penyembuhan atau pemulihan sehingga dapat menimbulkan keinginan untuk kematian. Kondisi ini menimbulkan dampak emosi negatif, ketakutan akan kematian dan kecemasan kepada penderita (Binka *et al,* 2017).

Masalah keperawatan umum yang muncul pada pasien kanker serviks menurut Brunner & Suddarth (2011) adalah ansietas, gangguan

citra tubuh, rasa takut mengenai seksualitas, nyeri, dan defesiensi pengetahuan. Ansietas terjadi karenakurangnya pengetahuan pasien tentang kanker serviks. Kemoterapi pada pasien kanker serviks juga menimbulkan efek psikologis seperti, kecemasan, stress, sering marah, tidak percaya diri dan pasien merasa menjadi beban dalam keluarga (Wardani, 2014). Pasien juga dapat kehilangan pekerjaan, perubahan peran misalnya seorang ibu tidak bisa menjalankan secara maksimal pekerjaanya, penderita juga lebih menarik diri, stigma masyarakat juga mengatakan bahwa kanker serviks penyakit yang mematikan dan berbahaya. Dampak itu semua sangat menganggu kesehatan pasien sehingga menimbulkan kecemasan bagi pasien (Susanti *et al*, 2011).

Dalam kasus ini, pasien memerlukan pengobatan dan asuhan keperawatan secara fisioligis, sosiologis psikologis dan spiritual. Perawat bisa memberikan asuhan keperawatan secara holistik dengan cara memberikan nutrisi yang cukup seperti buah-buahan dan sayuran untuk memenuhi kebutuhan fisiologis pasien (Wahyuni, 2014). Menguatkan mental bagi penderita kanker serviks untuk mengatasi psikologis pasien karena kebanyakan perempuan merasa tidak siap secara mental mengahadapi vonis kanker serviks, sehingga banyak diantara mereka yang menutup diri dan bahkan larut dalam kesedihan bahkan depresi. Psikoterapi bagi pasien kanker serviks juga dapat meningkatkan kelangsungan hidup, menurunkan tingkat stres, dan meningkatkan waktu bertahan untuk pasien kanker (Wahyuni, 2014).

Dalam hal ini dukungan sosial seperti support dari keluarga, teman, tetangga, tenaga medis sangat penting untuk kelangsungan hidup pasien dan dapat memperpanjang kualitas hidup (Susanti *et al*, 2011). Kebutuhan spiritual pasien juga harus dipenuhi dengan cara memperkuat agamanya dan menerima apa yang terjadi, rajin ibadah agar dilancarkan pengobatanya (Wahyuni, 2014).

Berdasarkan latar belakang diatas dijelaskan kanker serviks dapat menimbulkan dampak psikologis salah satunya adalah kecemasan, maka penulis ingin melakukan study dokumentasi tentang "Gambaran Gangguan Kecemasanpada pasien dengan Kanker Servik.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana studi dokumentasi gambaran gangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Mengetahui gambaran gangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks.

2. Tujuan Khusus

   Diketahui gambaran tentang :

   a. Hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian gangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks
   b. Hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan gangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks.

c. Hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan gangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks.
d. Hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan gangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks.
e. Hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasian gangguan kecemasan pada pasien dengan kanker serviks.
f. Hasil studi dokumentasi meneganai peran keluarga pada pasien gangguan kecemasan pada pasien kanker serviks.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan maternitas. Materi yang dibahas adalah gambaran gangguan kecemasan pada pasien kanker serviksdengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus pada tahun 2015.

E. Manfaat Penelitian

Studi dokumentasi ini diharapkan memberikan manfaat, yaitu :

1. Teoritis

   Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan maternitas dalam pengelolaan gangguan kecemasan pada pasien kanker serviks.

2. Praktis

   Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan maternitas, khususnya studi kasus tentang pengelolaan gangguan kecemasan pada pasien kanker serviks.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Teori Dasar

1. Konsep Kanker Serviks

a. Anatomi Serviks

Menurut Sapriani (2017) anatomi serviks adalah :

1) Serviks : Serviks dikenal sebagai mulut rahim. Disebut demikian karena serviks memang bagian terdepan dari rahim yang menonjol ke dalam vagina, suatu dareah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama. Berbentuk kerucut dengan apeks yang menjurus ke bawah dan belakang dengan sedikit lebar di pertengahanya. Sumbu pajang serviks berbentuk garis bengkok ke depan. Servik memproduksi cairan berlendir (mucus). Pada sekitar ovulasi, mukus ini menjadi banyak, elastik, dan licin. Hal ini membantu spermatoza untuk mencapai uterus. Saluran yang berdinding tebal ini akan menipis dan membuka saat proses persalinan dimulai. Serviks uteri dibagi menjadi 2 bagian :

   a) Porsio Supra Vaginalis

      Dipisahkan dari kandung kemih oleh parametrium yang memanjang pada sisi lateral uterus antara ligamentum

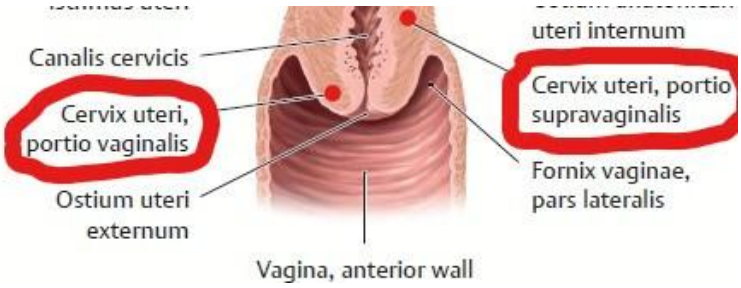
latum uretra dan uterus, berjalan ke bawah dan ke depan di dalam perametrium sepanjang 2 cm dari serviks. Bagian posterior supra vaginalis ditutupi peritoneum.

b) Porsio Vaginalis

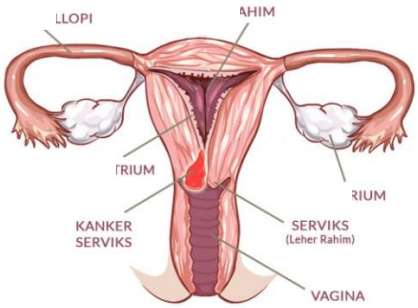
Terdapat diantara forniks anterior dan forniks posterior. Pada ujung porsio vaginalis terdapat orifisium eksterna uteri dimana serviks eksterna uteri dibatasi oleh suatu bibir (bibir atas dan bibir bawah). Kedua bibir ini berkontak dengan dinding posterior vagina.

2) Canalis Serviks

Sebagai jalur tempat lewatnya sperma saat berhubungan intim dan bayi saat proses persalinan. Menghubungkan antara ostium uteri exterenum dan ostium uteri internum.



Gambar 2.1
Gambar Anatomi Serviks.
Sumber : https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-22497-8_3



Gambar 2.2
Gambar Kanker Serviks.
Sumber: https://www.crystalrose-v.com/apa-itu-kanker-serviks/

b. Definisi Kanker Serviks

Menurut Purwoastati dan Walyani (2015) kanker serviks merupakan kanker yang terjadi pada serviks uterus, suatu dareah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama.Penyakit kanker serviks disebabkan oleh bebrapa jenis virus yang disebut *human papilloma virus* (HPV). Virus ini menyebar melalui kontak seksual, HPV dapat menyerang semua perempuan tanpa melihat umur.

c. Stadium Kanker Serviks

Menurut Kusuma & Nurarif (2015), yaitu :

1) Stadium 0 : karsinoma in situ.
2) Stadium 1 : Karsinoma masih terbatas diserviks.
3) Stadium 1A : invasi kanker ke storma hanya dapat didiagnosis secara mikroskopis.

4) Stadium 1 A1 : Invasi ke stoma dengan kedalaman tidak lebih dari 3,0 mm lebar horizontal lesi tidak lebih dari 7 mm.
5) Stadium 1 A2 : invasi ke stoma lebih dari 3 mm tetapi kurang dari 5 mm dan horizintal tidak lebih dari 7 mm.
6) Stadium 1B : lesi yang tampak terbatas pada serviks atau secara mikroskopik lesi lebih luas stadium 1 A2.
7) Stadium 1 B1 : Lesi yang tampak tidak lebih dari 4 cm.
8) Stadium 1 B2 : Lesi yang tampak lebih dari 4 cm.
9) Stadium 2 : tumor telah menginvasi diluar uterus, tetapi belum mengenai dinding panggul.
10) Stadium 2A : tanpa menginvasi ke parametrium.
11) Stadium 2B : sudah menginvasi ke parametrium.
12) Stadium 3 : tumor telah meluas kedinding panggul atau sepertiga bawah vagina.
13) Stadium 3A : tumor telah meluas ke sepertiga bawah vagina dan tidak invasi ke parametrium tidak sampai dinding panggul.
14) Stadium 3B : tumor telah meluas ke dinding panggul menyebabkan tidak berfungsinya ginjal.
15) Stadium 4 : tumor meluas keluar dari organ serviks.
16) Stadium 4a : tumor menginvasi ke mukosa kandung kemih atau rectum atau keluar dari rongga panggul.

17) Stadium 4B : invasi stroma dengan kedalaman 3 mm atau kurang dari membran basalis epitel melekat dengan lesi kanker serviks.

d. Etiologi Kanker Serviks

Menurut Padila (2015) etiologi kanker serviks adalah :

1) Umur

Umur pertama kali melakukan hubungan seksual. Penelitian menunjukkan bahwa semakin muda wanita melakukan hubungan seksual maka semakin besar kemungkinan mendapat kanker servik. Menikah pada usia 20 tahun dianggap masih terlalu muda.

2) Jumlah Kehamilan dan Partus

Kanker servik dijumpai pada wanita yang sering partus. Kehamilan yang optimal adalah kehamilan anak lebih dari tiga. Kehamilan setelah tiga mempunyai resiko yang meningkat.

3) Jumlah Perkawinan

Wanita yang sering melakukan hubungan seksual dan berganti-ganti pasanganmempunyai faktor resiko yang sangat besar terhadap kanker serviks.

4) Infeksi Virus

Infeksi virus human papiloma (HPV) diduga sebagai faktor penyebab kanker serviks.

5) Sosial ekonomi

Kanker servik banyak dijumpai pada golongan social ekonomi rendah. Hal inidisebabkan faktor social ekonomi erat kaitannnya dengan gizi, imunitas, dan kebersihan perorangan. Pada golongan social ekonomi rendah umumnya kuantitas dan kualitasmakanan kurang, sehingga mempengaruhi imunitas tubuh.

6) Merokok dan AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Merokok akan merangsang terbentuknya sel kanker. Wanita perokok memiliki resiko 2kali lebih besar terkena kanker serviks dibandingkan dengan wanita tidak merokok. Penelitian menunjukkan, lendir serviks pada wanita perokok mengandung nikotin danzat-zat lainnya yang ada di dalam rokok. Zat-zat tersebut akan menurunkan daya tahanserviks di samping merupakan ko-karsinogen infeksi virus. Sedangkan pemakaianAKDR akan terpengaruh terhadap servik yaitu bermula dari adanya erosi servik yangkemudian menjadi infeksi yang berupa radang yang terus menerus. Hal ini dapat sebagai pencetus terbentuknya kanker serviks.

7) Riwayat kanker serviks pada keluarga

Bila seorang wanita mempunyai saudara kandung atau ibu yang mempunyai kankerserviks, maka ia mempunyai

kemungkinan 2-3 kali lebih besar untuk juga mempunyaikanker serviks dibandingkan dengan orang normal. Beberapa peneliti menduga hal ini berhubungan dengan berkurangnya kemampuan untuk melawan infeksi HPV.

e. Patofisiologi

Menurut Price dan Wilson (2006) dalam Firmana (2017) terbentuknya sel kanker diawali dengan kerusakan (*Dioksiribo Nucleic Acid*) DNA akibat interaksi faktor genetik dengan agen perusak salah satunya virus HPV. DNA yang rusak mengalami kegagalan dalam proses perbaikan. Protoonkogen yang merupakan gen seluler yang berperan dalam meningkatkan pertumbuhan, perkembangan, dan pembelahan sel secara normal mengalami tranformasi disebut dengan onkogen yang dapat berkembang menjadi ganas (onkogen karsinogenik). Onkogen karsinogenik mempengaruhi keaktifan protoonkogen normal yang menyebabkan terjadinya multuplikasi sel yang berlebihan.

Mutasi protoonkogen dapat ditemui pada kanker serviks. Terjadinya mutasi pada gen supersi tumor menyebabkan gen supersi tidak menghambat pertumbuhan sel kanker secara normal dan tidak dapat mencegah pembentukan tumor. Sementara jika terjadi mutasi pada gen perbaikan DNA akan

mengalami kegagalan dalam perbaikan kesalahan pada replikasi DNA. Apabila kerusakan tersebut tidak sempat untuk diperbaiki oleh gen perbaikan DNA, maka dapat mengarah terbentuknya sel kanker.

f. Gejala Kanker Serviks

Pada stadium awal, kanker ini cenderung tidak terdeteksi. Bahkan sang penderita pun tidak merasa dirinya sudah terkena kanker. Gejala biasanya muncul ketika sel serviks yang abnormal berubah menjadi keganasan dan menyusup ke jaringan sekitarnya, menurutHikmah (2014) gejala kanker serviks adalah:

1) Keputihan yang cukup banyak dan berbau busuk
2) Perdarahan per vaginam abnormal
3) Nyeri panggul dan nyeri saat berkemih.
4) Timbulnya perdarahan setelah menopouse.
5) Pada fase infasif, dapat keluar cairan kekuningan, berbau, dan bercampur darah.
6) Anemia
7) Nafsu makan berkurang, menurunya berat badan, dan kelelahan.
8) Keluar air kemih tanpa tinja dari vagina.

g. Penatalaksanaan Kanker Serviks

Pengobatan untuk Kanker Serviks tergantung pada lokasi dan ukuran tumor, stadium, penyakit, usia, keadaan umum penderita, dan rencana pederita untuk hamil lagi, menurut Hikmah (2014) penatalaksanaan kanker serviks adalah :

1) Pembedahan pada karisnoma in situ (kanker yang terbatas pada lapisan serviks paling luar). Seluruh kanker diangkat dengan pisau bedah ataupun melalui LEEP, namun penderita masih bisa memiliki anak.
2) Terapi penyinaran (radioterapi) efektif untuk mengobati kanker invasif yang masih terbatas pada daerah panggul. Menggunakan sinar berenergi tinggi untuk merusak sel-sel kanker dan menghentikan pertumbuhanya.
3) Radiasi eksternal: sinar berasal dari sebuah mesin besar. Penderita tidak perlu dirawat di rumah sakit. Penyinaran biasanya dilakukan sebanyak 5 hari/minggu selama 5-6 minggu.
4) Radiasi internal: zat radioaktif, yang terdapat di dalam sebuah kapsul dimasukan lansung ke dalam serviks. Kapsul ini dibiarkan selama 1-3 hari dan selama itu penderita dirawat di rumah sakit.
5) Kemoterapi. Kemoterapi menggunakan obat-obatan untuk membunuh sel-sel kanker. Bisa diberikan melalui suntikan intravena atau melalui mulut.

6) Operasi, yaitu dengan mengambil daerah yang terserang kanker, biasanya uterus beserta leher rahimnya.

h. Dampak Pengobatan Kanker Serviks

Menurut Ambarwati & Wardani (2012)dampak dari pengobatan kanker serviks adalah :

1. Mual muntah

   Dipicu oleh selera, bau, pikiran, atau kecemasan yang berhubungan dengan kemoterapi. Mual terdiri dari dorongan untuk muntah disertai dengan gejala otonom seperti pucat, takikardia, diaphoresis dan mukosa bibir kering

2. Konstipasi

   Faktor yang menyebabkan konstipasi yaitu penggunaan analgesik opioid, berkurangnya intake makanan dan minuman, mobilitas yang berkurang, usia lanjut dan terkait kondisi keganasan dari kanker itu sendiri, maka feses menjadi keras dan kering.

3. Toksisitas Kulit

   Waktuterjadinya perubahan warna vena adalah saat pemberian kemoterapi dan akan hilang sekitar 2 sampai 3 hari. Efek samping sistemik kemoterapi pada kulit dapat berupa eritema atau garis hiperpigmentasi yang menyebar di sepanjang jaringan vena. Ketika obat

kemoterapi diberikan melalui infus, obat kemoterapi tertentu dapat menggelapkan kulit sepanjang vena.

4. Kerontokan Rambut

Kerontokan rambut terjadi karena kelemahan dan kerusakan dari batang rambut sehingga mengakibatkan rambut akan mudah rontok setelah disisir. Kemoterapi jangka panjang juga dapat mengakibatkan kerontokan pada rambut kemaluan, ketiak, rambut dan wajah.

5. Penurunan berat badan

Penurunan nafsu makan yang disebabkan oleh mual, muntah, dan mucositis yang dialami oleh penderita kanker serviks dengan kemoterapi. Deteksi dini malnutrisi pada pasien kanker sangat penting dan dapat meningkatkan kelangsungan hidup dan meningkatkan kualitas hidup.

6. Kelelahan

Kelelahan dapat terjadi karena kebutuhan nutrisi yang kurang sehingga kebutuhan energi dalam tubuh tidak tercukupi.

7. Penurunan nafsu makan

Kurangnya nafsu makan terkait kanker dapat terjadi karena sinyal rasa lapar yang berasal dari hipotalamus

berkurang dan sinyal kenyang yang dihasilkan oleh melacortins diperkuat.

8. Nyeri

Rasa nyeri timbul pada bagian perut bawah dan punggung. Rasa nyeri dapat timbul akibat kanker servik itu sendiri dan dapat juga karena pengobatan kemoterapi.

9. Kecemasan

Cemas terjadi karena gangguan psikologis pada pasien, pasien menjadi stres dan sering marah. Efek kemoterapi menjadi perubahan fisik pada tubuh pasien, seperti kerontokan rambut, kulit menghitam, perubahan peran juga terjadi pada penderita kanker serviks karena seorang ibu tidak bisa menjalankan tugasnya, hal tersebut dapat mengakibatkan kecemasan bagi penderita kanker serviks. Pengobatan kanker serviks juga memerlukan waktu yang sangat lama sehingga membuat seseorang cemas akan penyakit kanker serviks.

i. Pencegahan Kanker Serviks

Menurut Hikmah (2014) pencegahan pada kanker serviks adalah:

1) Lakukan pemeriksaan

Kebanyakan kanker serviks disebabkan virus HPV sejenis virus yang tersebar lewat kontak seksual. Namum jika tidak HPV dapat menyebabkan terbentuknya sel-sel prakanker. Pemeriksaan pap smear merupakan standar untuk mendeteksi sel-sel ini, tapi bisa secara lebih mudah menghentikan kanker sebelum dimulai. Jika hasil test ini positif, dokter akan memperhatikan secara lebih cermat perubahan-perubahan serviks dan mengangkat sel-sel prakanker yang mungkin ada.

2) Makan serealia sarapan yang difortifikasi

Makan serealia atau roti yang difortifikasi asam folat sekitar 400mcg setap, atau dalam bentuk suplemen, dapat membantu.

3) Makan sayuran

4) Makan buah-buahan

5) Jangan merokok

Di dalam rokok terdapat kandungan yang dapat merangsang sel kanker.

6) Menggunakan pelumas vagina saat berhubungan seks.

2. Konsep Gangguan Kecemasan Pada Pasien Kanker Serviks

a. Definisi Kecemasan

Kecemasan (ansietas) adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang. Pengertian lain cemas adalah suatu

keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Kusumawati, 2010)

b. Etiologi Kecemasan Pada Pasien Kanker Serviks

Menurut Lutfia (2008) dalam Utami *et al* (2013) etiologi kecemasan adalah :

1) Pengalaman pasien dalam menjalani pengobatan.

   Pengalaman individu tentang kemoterapi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasansaat menghadapi kemoterapi.

2) Tingkat Pendidikan.

   Seseorang yang berpendidikan kurang, akan mengalami kecemasan karena ketidaktahuan dan tingkat pemahaman tentang pengobatan kanker serviks kurang.

3) Tidak ada dukungan keluarga.

   Hal ini dapat mengganggu psikologis pasien karena pasien merasa tidak ada keluarga yang empati makan akan berdampak pada tingkat kecemasan.

4) Kurangnya komunikasi dengan perawat.

   Pasien kanker serviks dan perawat membutuhkan komunikasi yang baik, karena pasien membutuhkan

penjelasan baik dari perawat tentang kanker serviks dan pengobatanya agar mengurangi kecemasan.

c. Gejala Kecemasan Pada Pasien Kanker Serviks

Kecemasan ditandai denganperasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam mengenai penyakitnya. Pasien selalu bertanya berulag-ulang tentang kondisinya. Pasien gelisah karena khawatir dengan kondisinya (Nadeak, 2010). Pasien menunjukkan bahwa pasien kanker serviks mengekspresikan ketidakberdayaan, kecemasan, rasa malu, harga diri menurun, stres, dan amarah (Oetami *et al*, 2014)

d. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2006) dalam Annisa & Ifdil (2016) tingkatan kecemasan diantaranya :

1) Ansietas ringan, berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya.
2) Ansietas sedang, memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya. Dalam studi kasus ini pasien kanker serviks mempunyai tingkatan ansietas sedang,

dilihat dari ciri-ciri ansietas pada pasien sama dengan ciri-ciri ansietas sedang.

3) Ansietas berat, sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4) Tingkat panik, berhubungan dengan ketakutan. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan.

e. Penatalaksanaan Kecemasan Pada Pasien Kanker Serviks

Menurut Wahyuni (2014) penatalaksanaan kecemasan pada pasien kanker serviks adalah :

a) Fisiologis : berikan nutrisi yang cukup seperti buah-buahan dan sayuran untuk memenuhi kebutuhan fisiologis pasien.

b) Psikologis : terapi paikiater bagi pasien kanker serviks juga dapat meningkatkan kelangsungan hidup, menurunkan tingkat stres, dan meningkatkan waktu bertahan untuk pasien kanker.

c) Sosiologis : seperti support dari keluarga, teman, tetangga, tenaga medis sangat penting untuk kelangsungan hidup pasien dan dapat memperpanjang kualitas hidup

d) Spiritual : memperkuat agamanya dan menerima apa yang terjadi, rajin ibadah agar dilancarkan pengobatanya.

f.Diagnosa yang mungkin muncul

Menurut Brunner & Suddarth (2011) diagnosa yang mungkin muncul pada pasien kanker serviks adalah :

1) Ansietas yang berhubungan dengan diagnosis kanker, rasa takut terhadap nyeri, presepsi kehilangan feminimitas, atau kemungkinan kehilangan kemampuan untuk hamil.
2) Gangguan citra tubuh yang berhubungan dengan perubahan fertilitas, rasa takut mengenai seksualitas, dan berhubungan dengan pasangan dan keluarga.
3) Nyeri yang berhubungan dengan pembedahan dan terapi tambahan lain.
4) Defesiensi pengetahuan mengenai aspek perioperatif histerektomi dan perawatan.

3. Asuhan KeperawatanPada Pasien Kanker Serviks

a. Pengkajian

Menurut Padila (2015) pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan menerapkan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi staus kesehatan klien, hal yang harus dikaji adalah :

1) Data Dasar

Pengumpulan data pada pasien dan keluarga dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik dan melalui pemeriksaan penunjang.

2) Data pasien
   a) Nama: untuk mengidentifkasi pasien
   b) Umur : Menentukan faktor resiko terjadi pada wanita usia muda sebelum umur 20 tahun dan wanita umur >10tahun.
   c) Suku bangsa : mengetahui pola kehidupan pasien.
   d) Agama : untuk mengetahui agama yang dianut agar lebih mudah dalam melakukanpendekatan.
   e) Pendidikan : mengetahui tingkat pengetahuan ibu.
   f) Alamat : mengetahui tempat tinggal pasien yang namanya sama.
3) Keluhan utama

   Pasien biasanya datang dengan keluhan intra servikal dan disertai keputihan menerupai air.
4) Riwayat kesehatan sekarang

   Menceritakan kronologi pasien, sejak kapan pasien merasakan tanda dan gejala kanker serviks sehingga pasien dirawat. Biasanya pada stadium 3 dan 4 pasien baru merasakan tanda dan gejala seperti perdarahan, keputihan dan rasa nyeri intra karnial.
5) Riwayat penyakit sebelumnya

Menanyakan apakah pasien pernah menderita penyakit ginekologi, keturunan seperti hipertensi dan jantung, riwayat abortus, infeksi pasca arbotus, imfeksi masa nifas, riwayat operasi kandungan, serta adanya tumor. Riwayat keluarga yang menderita kanker.

6) Keadaan bio-psiko-sosial-spiritual-ekonomi dan budaya

   Kanker serviks sering dijumpai pada kelompok sosial ekonomi rendah, berkaitan erat dengan biologis pasien yaitu kualitas dan kuantitas makanan yang dokunsumsi untuk tubuh mempengaruhi imunitas tubuh. Keadaan sosial biasanya pasien cenderung mengurangi aktivitas sosial karena keadaan penyakitnya.

7) Riwayat kebidanan

   a) Kelainan menstruasi, lama menstruasi, jumlah dan warna darah.

   b) Riwayat pernikahan

      Untuk mengetahui suami, umur nikah dan berapa lama.

   c) Riwayat kehamilan

      Persalinan nifas, kehamilan yang lalu ditolong siapa dengan usia kehamilan berapa minggu, melahiran spontan atau tidak, perdarahan atau tidak.

   d) Riwayat Kontrasepsi

Alat kontrasepsi yang digunakan, lamanya, dan alasan menggunakan alat kontrasepsi.

8) Pemeriksaan Penunjang

Biasanya dengan pap smear, koloskopi, servikografi, gineskopi, dll.

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut Padila (2015) diagnosa yang muncul adalah :

1) Kecemasan berhubungan dengan terdiagnosa kanker serviks akibat kurangnya pengetahuan tentang kanker serviks dan pengobatanya.
2) Gangguan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan intraservikal.
3) Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan proses desakan pada jaringan intraservikal.
4) Resiko tinggi terhadap gangguan konsep diri berhubungan dengan perubahan dalam penampilan terhadap pemberian sitostatika.

c. Intervensi

Menurut Padila (2015) intervensi pada pasien kecemasan pada pasien kanker serviks adalah :

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam pasien mendapat informasi tentang penyakit kanker serviks, penangananya, dan progresnya.

Kriteria hasil :

1) Pasien mengetahui diagnosa kanker serviks yang diderita.
2) Pasien mengetahui tindakan-tindakan yang harus dilalui pasien.
3) Pasien tahu tindakan yang harus dilakuan dirumah untuk mencegah komplikasi.
4) Ansietas berkurang
5) Pasien mengutarakan cara mengantisipasi ansietas.

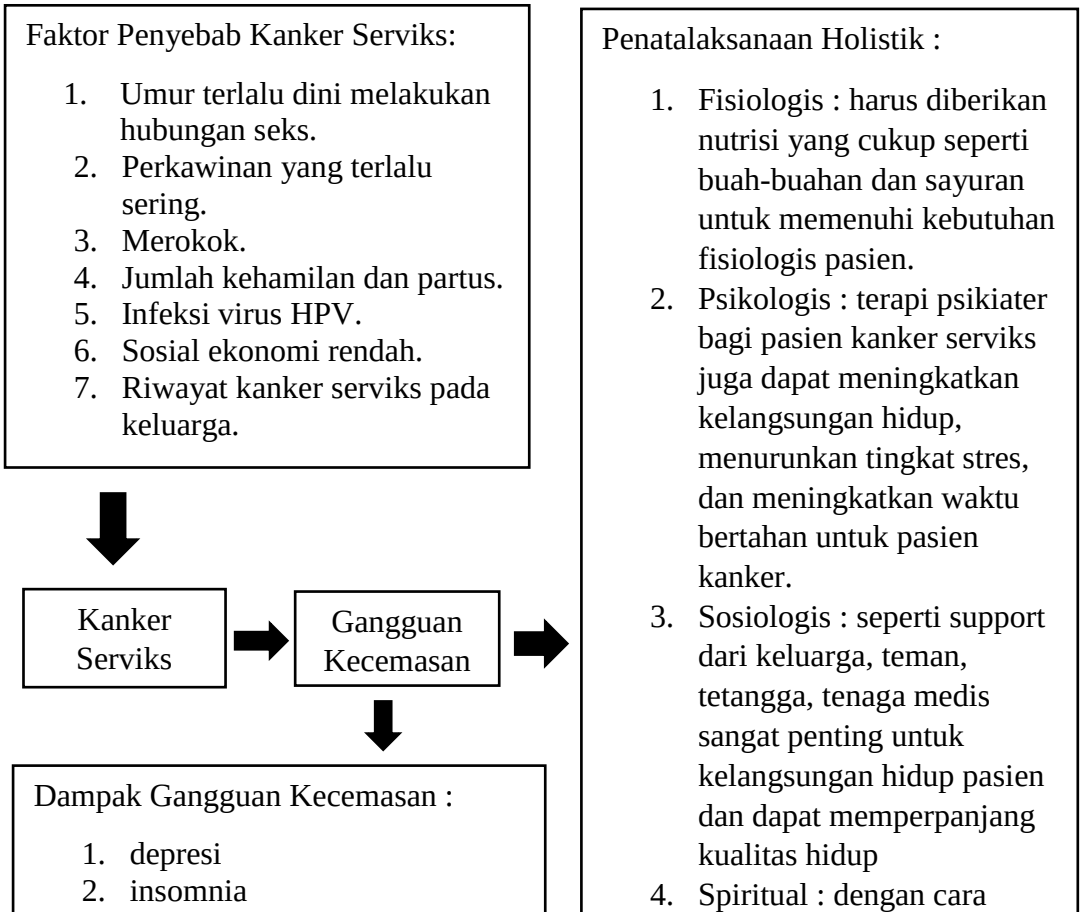
d. Pelaksanaan

1) Identifikasi pasien yang mempunyai ego yang buruk, kemampuan pemecahan masalah tidak efektif, kurang motivasi, kurangnya sistem pendukung yang positif.
2) Berikan kesempatan pada pasien dan pasien mengungkapkan perasaanya.
3) Dorong diskusi terbuka tentang kanker serviks, pengalaman orang lain, serta cara mengontrol dirinya
4) Tunjukan adanya harapan.
5) Tingkatkan aktivitas dan latihan fisik.

e. Evaluasi

Menurut Brunner & Suddarth (2011) evaluasi adalah hasil akhir yang diharapkan pasien. Misalnya mengalami penurunan ansietas, maka masalah keperawatan dapat teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi.

B. Bagan Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalahcara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Sedangkan metode deskriptif adalah metode yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisa suatu hasil penelitian tetapi tidak di gunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas (Sugiyono, 2017). Penelitian deskriptif itu sendiri adalah memusatkan pemecahan masalah yang ada pada masa sekarang atau masalah/kejadian yang aktual dan berarti, penelitian ini dimaksudkan untuk mendiskripsikan situasi atau kejadian secara tepat dan akurat bukan untuk mencari hubungan atau sebab akibat, sehingga penelitian deskriptif mencangkup aspek yang lebih luas (Sugiyono, 2017).Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif kualitatif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan ansietas pada pasien kanker serviks di Ruang Bougenvile 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Obyek Penelitian

Objek penelitian adalah sebuah atribut atau sifat atau nilai dari sesorang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian diambil

kesimpulannya (Sugiyono, 2017). Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2015.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

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

D. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari obyek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2017).

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1	Kecemasan	Kecemasan adalah perasaan gelisah yang membuat orang tidak nyaman karena memikirkan sesuatu dan dibagi menjadi beberapa tingkatan.
2	Kanker Serviks	Kanker serviks adalah penyakit keganasan yang ada di serviks yang disebabkan oleh virus HPV.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Secara spesifik semua fenomena ini disebut variabel penelitian (Sugiyono, 2017). Penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan focus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

F. Teknik Pengumpulan Data

Tekhnik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi 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 yang sudah lulus pada tahun2015.

G. Analisa Data

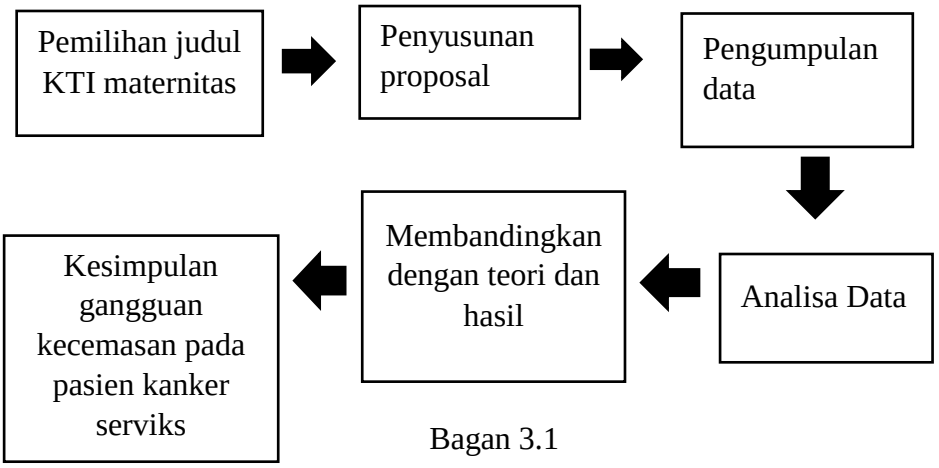
Analisa data deskriptif adalah digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden dan variabel penelitian (Sugiyono,2017). Tekhnik analisa data menggunakan tekhnik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang

menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

H. Etika Studi Kasus

1. *Anonimity*, adalah menulis sesuatu tanpa mencantumkan nama penulisnya. Nama pasien disamarkan yaitu menggunakan nama depan huruf abjad pasien.
2. *Confidentially*, adalah usaha nuntuk menjaga informasi dari orang yang tidak berhak mengakses data. Misalnya dengan tidak menyebarkan studi kasus asuhan keperawatan yang dibuat kakak yang lulus pada tahun 2015 tingkat kepada orang lain.

I. Kerangka Alur Penelitian



Bagan 3.1

Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Asuhan Keperawatan

Pasien pada studi kasus ini bernama Ny. S usia 46 tahun sudah menikah. Hasil pengkajian inipasien mengatakan lemes sejak tanggal 27 Mei 2015. Pada bulan Januari 2015 pasien mengalami perdarahan pada vagina. Lalu pasien memeriksakan diri ke puskesmas diberi resep obat dan boleh pulang. Pasien mengalami keputihan berbau busuk dan badan terasa lemas. Lalu pasien memeriksakan diri ke RS Lanal didiagnosa kanker servik. Kemudian pasien dirujuk ke RSUP Dr. Sardjito. Tanggal 12 Maret 2015 pasien memeriksakan diri ke Poli kandungan di RSUP Dr Sardjito pasien menjalani pemeriksaan lengkap. Tanggal 24 April 2015 pasien opname di RSUP Dr Sardjito karena akan menjalani kemoterapi, tetapi karena Hb pasien 7,8 g/dL, pasien mendapat tranfusi darah 5 kantong. Setelah itu pasien mengalami bengkak ditubuhnya, Hb pasien sudah meningkat menjadi 10 g/dL. Pasien mendapat kemoterapi cysplatin 70mg+5FU 500mg. Selesai kemoterapi, pasien diperbolehkan pulang. Pada tanggal 6 Juni 2015 pasien mengatakan merasa sangat lemas, pasien memeriksakan diri ke UGD RSUP Dr. Sardjito dan pasien dianjurkan untuk opname, pasien mendapat kamar di ruang Bougenvil 1 RSUP Dr Sardjito,

tetapi sebelum menjalani kemoterapi yang ke 2, pasien harus menjalani perbaikan keadaan umum. Pasien mempunyai 5 anak dilahiran spontan dan hidup. Pasien dan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit kanker serviks. Mukosa bibir kering. Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya. Ekstermitas atas dan bawah gemetar. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 kali/menit, suhu 36 °C, respirasi 24 kali/menit. Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang menjalankan kegiatan sehari-harinya lagi. Pasien mengatakan pengen cepat pulang dan berharap bisa berkumpul lagi dengan keluarganya di Papua.

Diagnosa keperawatan yg didapat adalah ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan (Diagnosis kanker servik). Ditandai dengan Data Subyektif (DS): Pasien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat penyakit kanker, pasien mengatakan cemas akan penyakitnya, pasien mengatakan mengkhawatirkan anak-anaknya yang di Papua, pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pengen cepat pulang berharap bisa berkumpul lagi dengan keluarganya di Papua. Data Obyektif (DO): Pasien bingung, khawatir dan tegang, kedua tangan dan kaki pasien tampak gemetar, pasien sering berkeringat, tanda-tanda vital didapatkan nadi 84 kali/menit, TD 120/80 mmHg, RR 24 kali/menit, S: 36°C.

Rencana Keperawatan yang dibuat adalah*Nursing Outcome Classification* (NOC): mengontrol ansietas: menunjukkan berkurangnya kecemasan (bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki berkurang), kontak mata meningkat, mempraktekkan cara mengontrol kecemasan, tanda-tanda vital batas normal TD: 110-120/70-80 mmHg N: 70-80 kali/mnt, RR: 16-24 kli/mnt S: 36,5-37°C. *Nursing Intervention Classification* (NIC): Kaji penyebab ansietas, observasi tingkat kecemasan (bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki), bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saat ini, ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan (nafas panjang, menenangkan pikiran dengan hal-hal yang menarik), libatkan keluarga untuk mendampingi pasien.

Implementasi yang dilakukanyaitu mengkaji penyebab ansietas, mengobservasi tingkat kecemasan (bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki), membantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saat ini, mengajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan (nafas panjang, menenangkan pikiran dengan hal-hal yang menarik), melibatkan keluarga untuk mendampingi pasien. Tindakan yang dilakukan dalam studi kasus ini sesuai dengan perencanaan keperawatan yang dibuat dengan melakukan 3x24 jam.

Evaluasi keperawatan pada pasien kanker serviks dengan masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan (Diagnosis kanker servik) yaitu masalah ansietas teratasi, dibuktikan dengan pasien mulai berfokus pada penyakitnya, ada kontak mata, pasien rilek, tidak tegang ditunjukkan dengan senyuman yang sesuai dengan keadaan, TD 110/70 mmHg, N: 80 x/mnt, RR 24 x/mnt, S: 36°C. Intervensi dilakukan selama 3 hari.

B. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan dahulu pasien tidak mempunyai riwayat gangguan kesehatan yang sama dengan saat ini. Menurut Lutfia (2008) dalam Utami *et al* (2013) etiologi kecemasan salah satunya yaitu pengalaman pasien dalam menjalani pengobatan, sedangkan studi kasus ini terdapat diagnosa ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan (Diagnosis kanker servik) maka pengkajian pada riwayat kesehatan dahulu yaitu pasien tidak mempunyai riwayat gangguan kesehatan yang sama dengan saat ini berpengaruh pada diagnosa keperawatan karena pengalaman individu tentang kemoterapi kurang, maka cenderungmempengaruhi peningkatan kecemasansaat menghadapi kemoterapi.

Pada saat pengkajian pasien juga mengatakan tidak merasa mual dan ingin muntah tiap makan, hanya enggan makan. Dampak ingin muntah seperti yang dialami pasien menurut Ambarwati dan Wardani (2012) mual muntah terjadi karena ini mungkin dipicu oleh selera, bau, pikiran, atau kecemasan yang berhubungan dengan kemoterapi.

Pasien mengatakan khawatir dengan anak-anaknya yang berada di Papua sebagai ibu rumah tangga sekarang hanya bisa berbaring lemah di tempat tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian Lubis (2009) dalam Shally dan Prasetyaningrum (2017) yang mengatakan penyakit kanker serviks mengakibatkan penderita tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara normal juga menimbulkan perasaan menjadi beban bagi orang lain dan menilai diri sendiri negatif.

Pada saat dilakuakan pemeriksaan fisik pada ekstermitas atas dan bawah pasien kedua tangan dan kaki tampak gemetar, menurut Blackburn & Davidson (1994) dalam Annisa & Ifdil (2016) analisis fungsional gangguan kecemasan biologis diantaranya gerakan otomatis meningkat diantaranya seperti berkeringat, gemetar, pusing, berdebar-debar, mual, dan mulut kering.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada studi kasus ini ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan (Diagnosis kanker servik), diagnosa ini menjadi

priotitas ke 5 dari 6 masalah keperawatan namun juga penting karena menurut Alligood (2014) dalam Rahayu (2018) asuhan keperawatan dilakukan secara holistik, tidak hanya pada penyakitnya saja, akan tetapi meliputi aspek bioligis, psikologis, sosial, dan spiritual. Selain itu cemas dapat menetap bahkan meningkat meskipun situasi yang betul-betul mengancam tidak ada, dan ketika emosi-emosi ini tumbuh berlebihan dibandingkan dengan bahaya yang sesungguhnya, emosi ini menjadi tidak adaptif. Kecemasan yang berlebihan dapat mempunyai dampak yang merugikan pada pikiran serta tubuh bahkan dapat menimbulkan penyakit-penyakit fisik (Cutler, 2004 dalam Hardiani, 2012).

Pada data subyektif (DS) pasien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat penyakit kanker, cemas dan khawatir akan penyakitnya, dan mengkhawatirkan anak-anaknya yang berada di Papua dan berharap bisa berkumpul lagi bersama keluarga. Menurut Jeffrey S. Nevid (2005) dalam Annisa & Ifdil (2016) ciri-ciri kecemasan salah satunya adalah ciri-ciri kognitif yaitu khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan dan aprehensi terhadap sesuatu yang terjadi. Pada data subyektif pasien juga mengatakan cemas dan khawatir akan penyakitnya, pengkajian ini peneliti sebelumnya kurang ketika melakukan pengkajian, lebih baiknya lagi dikaji bagian yang menyebabkan

cemas, mengetahui penyebab cemas akan lebih mudah mengatasi kecemasan, misalnya tidak akan sembuh atau takut akan prosedur karena menurut Pakpahan (2020) data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan, data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

Data obyektif (DO) didapatkan pasien bingung, khawatir dan tegang, ini tidak ada di data hasil pengkajiandan peneliti kurang lengkap dalam mendokumentasikan data di pengkajian sedangkan data itu muncul di diagnosis, karena menurut Pakpahan (2020) informasi data objektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien. Data obyektif juga terdapat kedua tangan dan kaki pasien gemetar, pasien sering berkeringat, nadi 84 kali/menit, TD 120/80 mmHg, RR 24 kali/menit, S: 36°C, menurut Blackburn & Davidson (1994) dalam Annisa & Ifdil (2016) pasien cemas mempunyai ciri

biologis yaitu seperti berkeringat, gemetar seperti yang dirasakan pasien. Perasaan tegang juga terjadi pada pasien dengan ansietas. Dari data subyektif dan data obyektif pada studi kasus ini sangat menunjang diagnosa ansietas karena terdapat data ciri-ciri dari ansietas tersebut.

3. Perencanaan Keperawatan

Dalam perencanaan pada studi kasus ini sudah menuliskan tujuan keperawatan, hal ini sesuai dengan standar atau ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan klien atau keterampilan perawatuntuk mengevaluasi respon pasien terhadap perawatan dan mengevaluasi keberhasilan rencana tindakan (Salma *et al*, 2016)**.** Perencanaan keperawatan yang ada pada studi kasus ini dituliskan secara SMART *(Specific, Measureble, Achivable, Rasionabe, Time).Specific* yaitu tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda, pasien menunjukkan berkurangnya kecemasan (bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki berkurang) dilihat dari peneliti sebelumnya menuliskan respon atau kondisi pasien di dalam kurung. *Measurable* yaitu peneliti sebelumnya menuliskan tanda-tanda vital dalam batas normal dengan angka yang diharapkan. *Achivable* yaitu tujuan yang ditetapkan dalam studi kasus ini dapat dicapai. *Rasionable* yaitu tujuan dalam stdui kasus ini sudah realistis sejalan dengan keinginan. Time yaitu peneliti sebelumnya menuliskan diharapkan

pasien mampu mengontrol cemas dengan waktu 3x24jam. Intervensi yang dilakukan pada studi kasus ini juga bertujuan untuk menyecapai kriteria hasil. Namun rencana tindakan dalam studi kasus ini tidak menggunakan NIC label, karena menurut Kusuma & Nurarif (2015) dalam asuhan keperawatan pada perencanaa intervensi terdapat NIC label.

Perencanaan dalam studi kasus ini yang pertama dituliskan kaji penyebab ansietas, untuk mengetahui hal yang dipikirkan pasien yang menyebabkan ansietas dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan ketakutanya. Perencanaan yang kedua dituliskan observasi tingkat kecemasan, untuk mengetahui aspek fisik tanda-tanda kecemasan pasien menurut Blackburn & Davidson (1994) dalam Annisa & Ifdil (2016) seperti berkeringat, gemetar, tegang. Perencanaan yang ketiga yaitu bantu pasien untuk memfokuskan situasi saat ini, karena pada pasien kecemasan menurut Blackburn & Davidson (1994) dalam Annisa Ifdil (2016) pikiran tergangu konsentrasinya, khawatir, pikiran kosong, dan membesar-besarkan ancaman. Perencanaan yang keempat yaitu ajarkan teknik relaksasi, untuk membantu pasien meningkatkan kemampuan kontrol kecemasan. Perencanaan yang kelima yaitu libatkan keluarga untuk mendampingi pasien, rasionalnya untuk membantu mengurangi kecemasan pada pasien (Zulistin, 2015), karena menurut Ratna (2010) dukungan dari

keluarga merupakan faktor penting seseorang ketika menghadapi masalah (kesehatan) dan sebagai strategi preventif untuk mengurangi stress dimana pandangan hidup menjadi luas, dan tidak mudah stress. Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan kemoterapi.

Implementasi dalam studi kasus ini dituliskan berupa rencana tindakan yang dilakukan perawat sesuai dengan kebutuhan pasien setelah rencana tindakan dibuat. Dalam implementasi ini juga melibatkan peran keluarga, tindakanya yaitu keluarga diminta mendampingi pasien, karena peran keluarga sangat penting salah satunya memenuhi kebutuhan holistik pasien yaitu kebutuhan sosiologis seperti support dari keluarga, teman, tetangga, tenaga medis sangat penting untuk kelangsungan hidup pasien dan dapat memperpanjang kualitas hidup (Wahyuni, 2014).

Implementasi yang dilakukan pada studi kasus ini terdapat tindakan memonitor TTV, implementasi tersebut tidak ada dalam rencana tindakan pada studi kasus ini, karena menurut Effendy (1995) dalam Purwansyah *et al* (2016) implementasi itu sendiri adalah perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

Pada studi kasus ini ada beberapa implementasi tidak menuliskan evaluasi proses, sedangkan evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilakukan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai (Intisari, 2010). Evaluasi hasil pada studi kasus ini menuliskan secara SOAP*(Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning)* pada setiap akhir shift, hal ini sama dengan teori yaitu perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir asuhan keperawatan, tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan (Intisari, 2010).

4. Evaluasi Keperawatan

Pada studi kasus ini menuliskan hasil evaluasi keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan (Diagnosis kanker servik) sudah teratasi karena pasien mampu mencapai tujuan yang dituliskan pada kriteria hasil sesuai dengan hasil dari tindakan yang dilakukan perawat. Evaluasi dalam studi kasus ini menuliskan dengan cara SOAP*(Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning)*dan terdapat catatan perkembangan yang melibatkan pasien dan keluarga serta tim kesehatan. Hal ini setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi terhadap indikator yang ada pada rumusan tujuan, yang selanjutnya hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan, evaluasi melibatkan pasien, keluarga

dan tim kesehatan, evaluasi dilakukan sesuai standar (Susanti,2017). Namun *dicharge planning* juga penting untuk pasien karenasuatu proses yang sistematis dalam pelayanan kesehatan untuk membantu pasien dan keluarga dalam menetapkan kebutuhan, mengimplementasikan serta mengkoordinasikan rencana perawatan yang akan dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit sehingga dapat meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya dapat mengatasi kecemasan pasien jika kambuh (Zwicker & Picariello, 2003 dalam Darliana, 2012). Selain itu dapat memaksimalkan peran keluarga karena mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk pulang dan beradaptasi dengan perubahan lingkungan dan mempersiapkan keluarga secara emosional dan psikologis terhadap perubahan kondisi pasien (Spath, 2003 dalam Darliana, 2012).

C. Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan proses bimbingan yang dilakukan secara online sehingga kadang perlu waktu yang cukup lama memahami apa yang disampaikan oleh pembimbing karena tidak sejelas seperti tatap muka secara langsung dan sering terhambat karena jaringan internet yang kurang baik.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan mengenai gambaran gangguan kecemasan pada dengan kanker serviks dapat disimpulkan bahwa :

1. Pengkajian pada studi kasus ini belum dilakukan pengkajian pada tanda dan gejala kesemasan secara keseluruhan, misalnya sesuatu yang menyebabkan kecemasan seperti pasien cemas akan penyakitnya dan ciri fisik kecemasan belum ada di pengkajian.
2. Diagnosa keperawatan sudah ditetapkan berdasarkan data-data pasien mendukung, pendokumentasian sudah sesuai.
3. Perencanaan studi kasus ini menuliskan tujuan dan kriteria hasil berdasarkan tujuan yang ingin dicapai, pada rencana tindakan belum menuliskan tindakan dengan lengkap sesuai dengan tujuan yang diharapkan.
4. Pelaksanaan studi kasus ini belum sesuai dengan rencana tindakan, terdapat tindakan yang dilakukan tetapi tidak ada di rencana tindakan. Pelaksanaan juga belum menuliskan evaluasi proses secara keseluruhan pada setiap tindakan.
5. Evaluasi dalam studi kasus ini didapatkanmasalah ansietas teratasi selama 3x24 jam sesuai dengan perencanaan yang dibuat.
6. Peran keluarga sudah dilakukan pada studi kasus ini, melibatkan keluarga untuk mendampingi pasien.

B. Saran

1. Mahasiswa

   Semoga peneliti selanjutnya lebih memahami dalam melakukan penelitian tentang kecemasan pada pasien kanker serviks.

2. Institusi

   buku yang berada di perpustakaan Akper “YKY” Yogyakarta lebih di update lagi.

3. Pembimbing

   Persamaan presepsi setiap dosen juga perlu guna memperlancar jalanya KTI dan mempermudah dalam pengerjaan revisi.

DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati, N dan Wardani, K (2012). Efek Samping Kemoterapi Secara Fisik Pasien Penderita Kanker Servik. *Jurnal Unimus.* Universitas Muhammadiyah Surakarta.https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1428

Annisa, D.F., & Ifdil. (2016). *Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia).* Universitas Negeri Padang. http://ejournal.unp.ac.id/index.php/konselor/article/view/6480

Binka, C., Doku, D.T., & Asare, K.A. (2017). *Experiences of cervical cancer patients in rural Ghana: An exploratory study.* PLOS one, 12(10),12.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29020099/

Brunner & Suddarth. (2011). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta. EGC

Darliana, D. (2012). Discharge Planning Dalam Keperawatan. *Idea Nursing Journal.* Volume 3. http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/INJ/article/viewFile/1579/1460

Depkes RI. (2019). *Program Imunisasi Kanker Serviks Human Papiloma Virus Sakit Bagaimana HPV di DIY*. Diakses dari http://www.dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/hpv-2019-program-imunisasi-kanker-serviks-human-papiloma-virus-sakit-bagaimana-hpv-di-diy

Firmana, D. (2017*). Keperawatan Kemoterapi.* Jakarta. Salemba Medika.

Sapriani, R (2017). *Anatomi Dan Fisiologi Tubuh Manusia Untuk Paramedis*. Bogor : IN Media.

Hardiani, C. A. (2012). Kecemasan Dalam Menghadapi Masa Bebas Pada Narapidana Anak Di Lembaga Pemasyarakatan Anak Kutoarjo. *Universitas Negeri Yogyakarta.* https://eprints.uny.ac.id/9709/

Hikmah, D (2014). *Kanker Organ Reproduksi*. Jogjakarta : A Plus Book.

Kusuma & Nurarif. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA Nic Noc.* Jogjakarta. Penerbit Mediaction Jogja

Kusumawati ,F. Hartono ,Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Nadeak, R.J. (2010). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruangan RB2 RSUP HAM. diakses 13 Agustus 2012. diakses dari http://repository.usu.ac.id

Nurjanah, Intansari.2010.*Proses Keperawatan NANDA, NOC & NIC.* Jogjakarta:MocoMedia.

Oetami, F., M. Thaha, I. L., & Wahiduddin. (2014). Analisis Dampak Psikologis Pengobatan Kanker Payudara Di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar. Universitas Hasanuddin.

Prawirohardjo. (2011). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Purwoastuti, E dan E.S Walyani. 2015. *Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Kebidanan*. Pustaka Bari Press. Yogyakarta.

Padila (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas II.* Yogyakarta : Nuha Medika.

Pakpahan. (2020). Dokumentasi Pengkajian Keperawatan. RSUD Puri Husada.

http://rsudpurihusada.inhilkab.go.id/dokumentasi-pengkajian-keperawatan/

Prawirohardjo. (2011). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Purwansyah *et al*. (2016). Proses Keperawatan. Universitas Jember

https://www.academia.edu/22743778/Nursing_Process_Proses_Keperawatan_

Ratna, W. (2010).*Sosiologi dan antropologi kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Ridhaningsih., Nurjannah, S., (2010). Hubungan aktivitas seksual dini, promiskuitas, dan bilas vagina dengan kejadian kanker leher rahim pada pasien onkology. Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta. https://media.neliti.com/media/publications/24888-ID-hubungan-aktivitas-seksual-pada-usia-dini-promiskuitas-dan-bilas-vagina-dengan-k.pdf

Salaemae. (2018). Gambaran Psikologis: Depresi Dan Cemas Pada Pasien Penderita Kanker Serviks Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.http://eprints.ums.ac.id/9524/2/J210080522.pdf

Salma *et al*. (2016). Perencanaan Keperawatan. Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Jakarta 1.https://www.academia.edu/22283709/PERENCANAAN_KEPERAWATAN_Disusun_oleh_Mahasiswa_Kelompok_6A

Susanti, D., Hamid, A., & Afiyanti, Y. (2011,1 Maret). Pengalaman Spiritual Perempuan Penderita Kanker Serviks. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 14, dari file:///C:/Users/User/Downloads/pengalaman%20spiritual%20kanker%20serviks.pdf

Susanti. (2017). Konsep Dasar Asuhan Keperawatan, Fungsi, Tujuan dan Tahapan Penting dalam ASKEP Lengkap Dengan Contoh Kasus. Web : https://www.academia.edu/36553842/Konsep_Dasar_Asuhan_Keperawatan_Fungsi_Tujuan_dan_Tahapan_Penting_dalam_ASKEP_Lengkap_Dengan_Contoh_Kasus

Shally dan Prasetyaningrum.(2017). Resiliensi Pada Penderita Kanker Serviks Stadium Lanjut. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta.http://journals.ums.ac.id/index.php/indigenous/article/view/3058

Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta, CV.

Utami, D., Andriyanti, A., Fatmawati, S. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Kemoterapi Pada Pasien Kanker Serviks Di RSUD Dr. Moewardi. diakses dari http://jurnal.stikesaisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/45/42 .

Wahyuni, Z (2014). *Kanker Bukan Akhir Dunia*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.

Wardani, E.K. (2014). Respon fisik dan psikologi pasien dengan kanker serviks yang telah mendapat kemoteapi di RSUD Moewardi Surakarta.http://eprints.ums.ac.id/30730/

Yuliana, E. (2017). Analisis Pengetahuan Siswa Tentang Makanan yang Sehat dan Bergizi Terhadap Pemilihan Jajanan di Sekolah. Diakses darihttp://repository.ump.ac.id/4114/3/Erlin%20Yuliana_BAB%20II.pdf

Zulistin, R. (2015). Asuhan Keperawatanpada Ny. T Dengan Diagnosa Medis Ca Serviks Iii B,Imbalance Elektrolit, Hipoalbuminemia, Anemia Dibangsalbougenvile 2 Rsup Dr Sardjito. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.https://www.academia.edu/23891572/ASUHAN_KEPERAWATAN_PADA_Ny._T_DENGAN_DIAGNOSA_MEDIS_CA_SERVIKS_III_B_IMBALANCE_ELEKTROLIT_HIPOALBUMINEMIA_ANEMIA_DI_BANGSAL_BOUGENVILE_2_RSUP_DR_SARDJITO

LAMPIRAN

NO	KEGIATAN	JANUARI 2020				FEBRUARI 2020				MARET 2020				APRIL 2020				MEI 2020			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Studi Pendahuluan																				
2	Penyusunan																				

	Proposal																			
3	Seminar Proposal																			
4	Revisi Seminar Proposal																			
5	Orientasi Ruangan																			
6	Pengambilan Data																			
7	Ujian Praktik																			
8	Penyusunan Tugas Akhir																			
9	Seminar Tugas Akhir																			

JADWAL KEGIATAN

Keterangan :

1. Studi Pendahuluan : 31 Januari 2020
2. Penyusunan Proposal : 5 Februari 2020 – 20 Februari 2020
3. Seminar Proposal : 24 Februari 2020
4. Orientasi Ruangan : 28 Maret 2020
5. Pengambilan Data : 30 Maret 2020 – 1 April 2020
6. Ujian Praktik : 31 Maret 2020
7. Penyusunan Tugas Akhir : 1 April 2020 – 3 Mei 2020
8. Seminar Tugas Akhir : 4 Mei 2020

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : LAILI INDIRA PUTRI

NIM : 2317057

Nama Pembimbing I : Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns.M.Kep

Judul KTI : Studi Dokumentasi Gangguan Kecemasan Pada Pasien Dengan Kanker Serviks Di Ruang Bougenvile1 Irna 1 Rsup Dr. Sardjito Yogyakarta

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MATERI BIMBINGAN	TANDATANGAN / NAMA	
			Pembimbing	Mhs
1	5 Februari 2020	Pengajuan judul dan karakteristik kasus yang akan diambil		Laili
2	8 Februari 2020	Konsul BAB 1 revisi sesuai masukan		Laili
3	17 Feb 2020	Bimbingan isi dan penulisan proposal		Laili
4	26 Februari 2020	Bimbingan revisi proposal. Ssegera revisi sesuai masukan, perbaiki pravelensi insiden, penulisan dan latar belakang		Laili
5	9 April 2020	Konsul dan perbaiki BAB I, III, IV, daftar pustaka dan perbaiki		Laili Laili
6	24 April 2020	Bab 2 tidak saya koreksi karena sama seperti proposal. Dapus tidak saya koreksi karena bab 4 juga masih banyak yang perlu diperbaiki.		Laili
7	29 Mei 2020	Mohon diperbaiki sesuai masukan. Untuk daftar pustaka belum saya koreksi		Laili
8	25 Juni 2020	Konsul dan perbaiki BAB I, III, III		Laili

Yogyakarta, ...

Pembimbing I

(.....)

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : LAILI INDIRA PUTRI

NIM : 2317057

Nama Pembimbing II : Hikmah,SPd.M.Kes

Judul KTI : Studi Dokumentasi Gangguan Kecemasan Pada Pasien Dengan Kanker Serviks Di Ruang Bougenvile1 Irna 1 Rsup Dr. Sardjito Yogyakarta

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MATERI BIMBINGAN	TANDATANGAN / NAMA	
			Pembimbing	Mhs
1	8 Februari 2020	Konsul judul dan membahas BAB 1. Acc judul, BAB 1 diperbaiki dan konsulka		Laili
2	18 Februari 2020	Perbaiki BAB I, II, III dan konsulkan		Laili
3	8 Maret 2020	Konsul KTI, saling koreksi antar teman		Laili
4	21 Juni 2020	Koreksi BAB I tambahkan peran perawat		Laili
5	24 Juni 2020	Urutan holistik, tulis peran perawat walau sudah ada secara holistik, kerangka teori diperbaiki sesuai saran urutan holistik. BAB IV cantumkan data hasil yang mencolok fokus sampai mengerucut sampai ketemu masalah untuk menegakan diagnosa secara holistik juga, yang sudah tercapai dan belum menurut sumber sebagai bahan untuk kesimpulan saran		
6	25 Juni 2020	Lengkapi keseluruhan, sampaikan KTI yang sudah digabung		
7	27 Juni 2020	BAB IV pembahasan dipertajam lagi , rencana tindakan dirumah bila kecemasan muncul san		

		peran siapa yang membantu mengatasinya.		

Yogyakarta, ...

Pembimbing II

(.....)

DATA DOKUMEN ASUHAN KEPERAWATAN KTI MAHAISWA YANG TELAH LULUS YANG DIGUNAKAN SEBAGAI DOKUMEN STUDI KASUS

BAB III

TIJAUANKASUS

A. PENGKAJIAN

Hari/tanggal : 9 Juni 2015 Jam

: 07.30WIB

Tempat : Ruang Bougenvile 1 IRNA 1 RSUP Dr.Sardjito Oleh

: -

Sumberdata : Pasien, keluarga, perawat, status pasien, tenaga kesehatan Metode :Wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi

1. IdentitasPasien

a. Pasien

Nama	: Ny. S
Umur	: 46 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen
Pendidikan	: SMP
Status Pernikahan	: Menikah
Pekerjaan	: -
Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia
Alamat	: Kapiten Pattimura, Sorong Barat

Diagnosa Medis	: Ca Cervik IIA dengan Bulky Tumor Post Neuadjuvant I cysplatin 70mg+5FU 500mg
No. RM	: 01.72.15.57
Tanggal masuk RS	: 06 Juni 2015 ; 21.10 WIB

b. Penanggung Jawab

Nama	: Tn.R
Umur	: 46 tahun
Agama	: Kristen
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Pegawai Swasta
Alamat	: Kapiten Pattimura, Sorong Barat

Hubungan dengan pasien : Suami

2. RiwayatKesehatan

a. Kesehatanpasien

1) Alasan MasukRS

Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan ingin kemoterapi yang kedua.

2) Keluhan Utama SaatPengkajian

Pasien mengatakan lemes sejak tanggal 27 Mei 2015. Pasien mengatakan sulit BAB sejak pertama kemoterapi pada tanggal 24 April 2015.

3) Riwayat KesehatanSekarang

Pada bulan Januari 2015 pasien mengalami perdarahan pada vagina. Lalu pasien memeriksakan diri ke puskesmas. Ketika di Puskesmas, pasien dinyatakan akan mengalami menopos, kemudian pasien diberi resep obat dan bolehpulang.Empatharikemudianperdarahanpasienberhenti.

Setelah perdarahan berhenti, sehari kemudian pasien mengalami keputihan yang banyak dan berbau busuk, badan pasien juga sangat lemas. Kemudian pasien memeriksakan diri ke dokter praktek. Setelah diperiksa, pasien diharuskan opname. Selama 2 hari pasien opname dan mendapat tranfusi darah, tetapi selesai tranfusi darah ke 2, pasien mengalami gatal-gatal diseluruh tubuhnya, lalu pasien pulang atas permintaansendiri.

Satu hari kemudian pasien kontrol ke RS Lanal di Papua, di RS Lanal pasien diambil darah untuk cek laboraturium dan rontgen seluruh badan. Setelah itu pasien diperbolehkan pulang, karena cek laboraturium dan rontgen harus dikirim ke RS di Makassar, yang mempunyai alat-alat lebih lengkap dari RS Lanal.

Lima hari kemudian pasien mengalami keputihan berbau busuk dan badan terasa lemas. Lalu pasien memeriksakan diri ke RS Lanal, ketika pasien selesai

diperiksa, hasil laboraturium dan rontgen sudahjadi.Ketika dilihat hasilnya, pasien didiagnosa kankerservik.Kemudian dari RS Lanal pasien dirujuk ke RSUP Dr.Sardjitodengan alasan alat-alat RS di Papua tidaklengkap. Kemudian keluargapasienmengurussuratrujukankeRSUmumdiPapua.

Tanggal12Maret2015pasienmemeriksakandirike Poli kandungan di RSUP Dr Sardjito dengan membawa surat rujukan dan hasil rontgen serta laboraturium dari RS di Papua, kemudian pasien menjalani pemeriksaan lengkap di RSUP DrSardjito.

Tanggal 24 April 2015 pasien opname di RSUP Dr Sardjito karena akan menjalani kemoterapi, tetapi karena Hb pasien 7,8 g/dL, pasien mendapat tranfusi darah 5 kantong. Setelah mendapat tranfusi 5 kantong, pasien mengalami bengkak ditubuhnya, tetapi hasil cek laboraturium, Hb pasien sudah meningkat menjadi 10 g/dL. Lalu pasien mendapat kemoterapi cysplatin 70mg+5FU 500mg. Selesai kemoterapi, pasien diperbolehkan pulang.

Tanggal30April2015pasienkontroldiPolikandungan RSUP Dr Sardjito. Setelah kontrol, pasien menunggu antrian kamar kosong untuk menjalani kemoterapi yang ke 2.

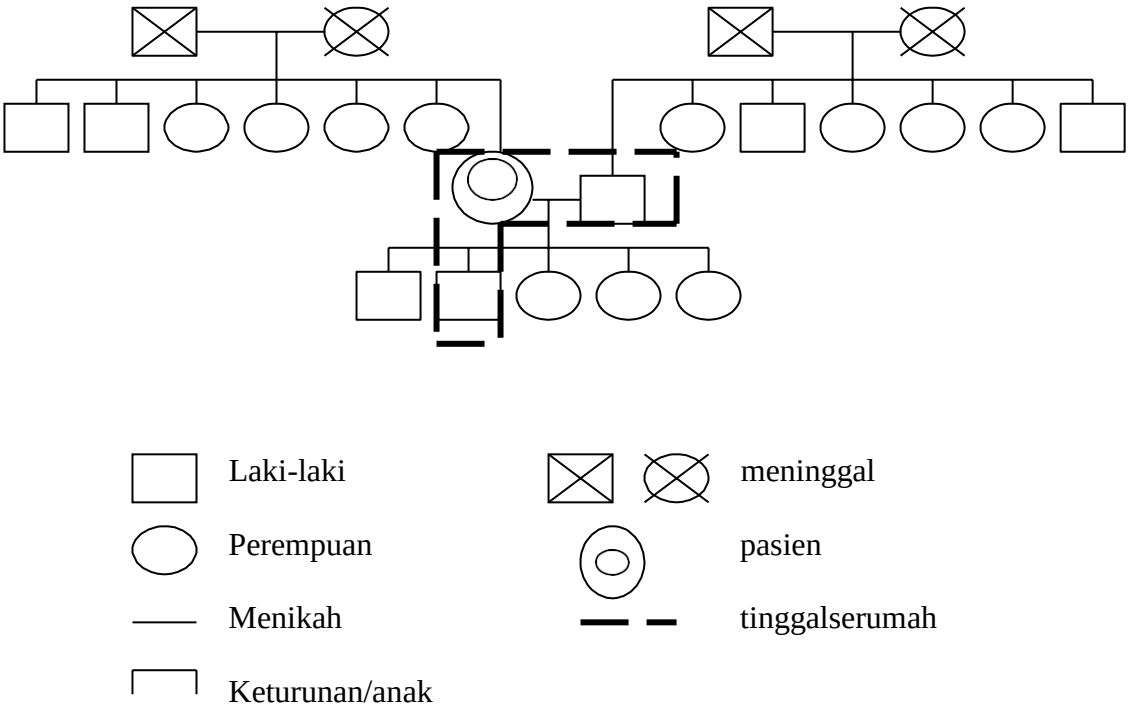
Pada tanggal 6 Juni 2015 pasien mengatakan merasa sangat lemas. Akhirnya pasien memeriksakan diri ke UGD RSUPDr.Sardjitodanpasiendianjurkanuntukopname,pasien mendapatkamardiruangBougenvil1RSUPDrSardjito,tetapi sebelum menjalani kemoterapi yang ke 2, pasien harus menjalani perbaikan keadaanumum.

4) Riwayat PenyakitDahulu

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat gangguan kesehatan yang sama dengan saat ini.

b. Riwayat KesehatanKeluarga

1) Genogram



Gambar 3.1 Genogram

2) Riwayat KesehatanKeluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama seperti dirinya.

3. Riwayat Ginekologi danObstetri

a. Kehamilan: G : - ,P :5 , Ab: 0, Ah :5

Tabel 3.1 Riwayat kehamilan danpersalinan

No	Gangguan kehamilan	Proses persalinan	Tempat persalinan	Masalah persalinan	Masalah nifas	Keadaan anak	Masalah bayi
1.	-	spontan	Di rumah	-	-	Hidup	-
2.	-	spontan	Di rumah	-	-	Hidup	-
3.	-	spontan	Di rumah	-	-	Hidup	-
4.	-	spontan	Di rumah	-	-	Hidup	-
5.	-	spontan	Di rumah	-	-	Hidup	-

(sumber data primer: wawancara dengan pasien)

b. Riwayat Kehamilan danPersalinan

Pasien dengan P_5 Ah_5. Pasien mempunyai lima orang anak. Pada saat hamil ibu rutin periksa ke puskesmas pasien mengatakan saat hamil hanya mual dan muntah pada bulan pertama dan kedua kehamilan, tidak ada keluhan atau kelainan selama hamil, dari ke5 persalinan ditolong oleh bidan persalinan secaraspontan

c. RiwayatHaid

Pasien menarche pada usia 18 tahun dengan siklus haid 28 hari dengan waktu haid ± 6-7 hari dan pada waktu haid tidak ada keluhan dengan konsistensi cair terdapat gumpalan-gumpalan padat warna merah

segar,dan sekarang pasien sudah menopouse. Menopouse umur 46 tahun.

d. RiwayatPerkawinan

Pasien menikah 1 kali, umur 20 tahun, melahirkan umur 21 tahun, usia pernikahan 26 tahun.

e. RiwayatKontrasepsi

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun.

4. Riwayat Kesehatan MasaLalu

a. Penyakit yang pernahdialami

1) Kanak-kanak: pasien mengatakan pada masa kanak-kanak tidak pernah opname, sakit hanya demambiasa.
2) Kecelakaan: pasien mengatakan tahun 2010 pernah menabrak pohon, tetapi tidak opname, karena hanya lecet-lecet kecil di tangan dankaki.
3) Pernah opname: bulan Januari 2015 pasien opname karena lemas dan keputihan banyak berbaubusuk.
4) Operasi: pasien mengatakan belum pernahoperasi

b. Alergi

Pasien mengatakan alergi terhadap darah. Reaksi yang timbul berupa gatal-gatal diseluruh badan, ketika alergi muncul, tranfusi dihentikan.

c. Imunisasi

Pasien mengatakan imunisasi TT ketika akan menikah dan disetiap pasien hamil.

d. Kebiasaan

Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan tertentu, hanya sering minum obat setelah pasien periksa dan mendapat resep obat.

e. Obat-obatan

Pasien mengatakan mulai mengkonsumsi obat sejak bulan Januari 2015 untuk mengobati keluhannya tentang keputihan yang banyak dan bau busuk. Obat yang dikonsumsi atas resep dokter.

5. KesehatanFungsional

a. Aspek Fisik –Biologis

1) Nutrisi

Pasien mengatakan selama dirawat di RS, pasien makan 3 kali sehari tetapi mengalami penurunan nafsu makan, pasien hanya makan setengah porsi dari yang disediakan RS. Pasien makan bubur, tempe tahu, telur, sayur dan buahpepaya.

Pasien mengatakan tidak merasa mual dan ingin muntah tiap makan, hanya enggan makan.

Pasien minum air putih 1,5 liter per hari, jus jambu 1 kotak 500ml dan kadang ditambah susu atau teh.

2) Polaeliminasi

Pasien BAK menggunakan kateter, ketika pengkajian urin tertampung sejak pukul 06.00wib – 07.30 wib sebanyak 150cc, warna urin kuningjernih.

PasienmengatakansulitBABsejakkemoterapipertama.Pasien bisa BAB tetapi hanya sedikit dan keras, BAB bewarna kuning. Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan pencahar.

3) PolaAktivitas

Pasien dapat miring kanan kiri sendiri, tetapi jika pasien ingin duduk, berganti baju, jalan, ke toilet untuk BAB atau mandi harus dibantu orang lain.

4) Pola Istirahattidur

Pasien mengatakan selama di RS pasien mudah tidur dan mudah terbangun. Pasien mengatakan selama di RS tidur 6-8 jamsehari,tetapiwaktutidurtaktentu.Pasienmengatakantidur tidak tidur tetap merasalemas.

b. AspekPsiko-Sosial-Spiritual

1) KonsepDiri

a) Gambarandiri

Pasien menerima keadaannya sekarang dan tidak malu dengan penyakit yang sedang dideritanya. Pasien

menerima perawatan dan pengobatan yang diberikan oleh tim medis.

b) Hargadiri

Pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya. Pasien mengatakan merasa diperhatikan dan diperdulikan oleh keluarganya dalam penyembuhannya

c) Perandiri

Pasien tidak bekerja, pasien sebagai ibu rumah tangga dan sekarang hanya berbaring lemah di Rumah Sakit.

d) IdealDiri

Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya.

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang menjalankan kegiatan sehari-harinya lagi. Pasien mengatakan pengen cepat pulang dan berharap bisa berkumpul lagi dengan keluarganya diPapua.

e) Identitasdiri

Pasien menyadari bahwa dirinya seorang wanita dan dapat menyebutkan namanya dan tempat tinggalnya.

2) Intelektual

Pasien mampu menjawab setiap pertanyaan dari perawat tentang perawatan pada kanker seviks.

3) HubunganInterpersonal

Hubungan pasien dengan tim kesehatan baik, dengan keluarga baik, dan hubungan pasien dengan pasien yang lain juga baik. Pasien tidak sering berkomunikasi dengan pasien yanglainkarenamerasaamatlemas.Pasienkooperatifdanmau mengikuti anjuran dan pengobatan yangdiberikan.

4) KebiasaanSeksual

Pasien mengatakan mengalami gangguan hubungan seksual karena penyakit yang dialaminya.

5) MekanismeKoping

Jika pasien ada masalah, pasien selalu membicarakannya dengan keluarganya untuk mengambil keputusan. Keluarga pasien mengatakan pasien adalah termasuk orang yang sabar.

6) SupportSystem

Pasien mendapatkan dukungan dari keluarga untuk kesembuhannya, pasien selalu ditunggu oleh anaknya

7) Sosial

Pasien menggunakan bahasa Indonesia dalam berkomunikasi, pasien juga mampu berbicara mengunakan bahasa Jawa

8) Spiritual

Pasien beragama Kristen, pasien selalu ke gereja saat sebelumsakitdanselamasakitpasienhanyaberdoadan

berserah diri kepada Tuhan untuk kesembuhannya dan pasien tidak pergi ke gereja.

6. PemeriksaanFisik

a. KeadaanUmum

1) Kesadaran composmentis

2) Status Gizi: TB: 153cm

BB: 45 kg

IMT: 19,23 (normal)

3) VitalSign

TekananDarah : 120/80mmHg

Nadi : 84kali/menit

Suhu : 36°C

RespirasiRate : 24kali/menit

b. Pemeriksaan secara sistematik(cephalo-caudal)

1) Kulit, rambut, dankuku

Kulit : Warna kulit sawo matang, tidak adaluka.

Rambut : pendek, bergelombang,hitam

Kuku : bentuk kuku bulat,CRT<2dtik

2) Kepala

Bentukkepala : mesocephal

Mata : simetris kanan dan kiri, sclera tidakikterik, konjungtivaanemis.

Hidung : simetris, tidak adasecret

Telinga : simetris, tidak ada secret, ada gangguan pendengaran

Mulut : mukosa bibir kering, tidak adastomatitis

3) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

4) Tengkuk

Tidak ada kaku kuduk

5) Thoraks danParu

Inspeksi : dadasimetris

Palpasi : tidak teraba massa, tidak ada nyeritekan

Auskultasi : suara nafasvesikuler

Perkusi : terdengar suarasonor

6) Payudara

Inspeksi : payudara kanan dan kiri simetris

Palpasi : tidak ada benjolanabnormal

7) Abdomen

Inspeksi : simetris, tidak ada benjolan abnormal, tidak adaluka

Palpasi : tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeritekan

Auskultasi : terdengar suara bising usus 11x/menit

Perkusi : terdengar suaratympani

8) Punggung

Bentuk punggung normal, tidak ada kelainan, dan tidak ada luka

9) Anus danrektum

Tampak bersih, tidak ada luka, tidak ada kemerahan dan tidak ada benjolan.

10) Genetalia

Terpasang kateter no 16 , tidak ada luka dan perdarahan, genetalia bersih, masih keluar keputihan, tidak terllau berbau busuk.

11) Ekstremitas

a) Atas

Ekstremitas atas lengkap, terpasang infuse NaCl 20 tpm pada tangan kanan sejak 6 Juni 2015. Ada udema, ada nyeri tekan, tidak ada varises, reflek patella + (normal) , kekuatan otot tangan kanan 4, tangan kiri 4, kedua tangan tampakgemetar.

b) Bawah

Ekstremitas bawah lengkap, tidak ada luka, ada udema, tidak ada varises, reflek patella + (normal) , kekuatan otot kaki kanan 4, kaki kiri 4. Kedua kaki tampak gemetar ketikadiangkat.

7. PemeriksaanLaboratorium

A. Pemeriksaan Laboratorium Kimia

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Kimia Tanggal 6 Juni2015

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Interpretasi
FAAL HATI			
Albimun	1.43 g/dL	3.97 - 4.94	Rendah
ELEKTROLIT			
Natrium	125 mmol/L	136 - 145	Rendah
Kalium	2,17 mmol/L	3,50 - 5,10	Rendah
Klorida	86 mm0l/L	98 - 107	Normal
DARAH LENGKAP			
Eritrosit	1,41 10^6µL	4,20 - 5,20	Rendah
Hemoglobin	4,1 g/dL	12,0 - 16,0	Rendah
Hematokrit	13,4 %	36,0 - 48,0	Rendah
Lekosit	7,44 10^3µL	4,50 -11,00	Normal
Trombosit	155 x10^3µL	150 – 450	Rendah

(sumber data sekunder: RMpasien)

Tabel 3.3 Hasil Laboratorium Kimia Tanggal 8 Juni2015

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Interpretasi
KIMIA KLINIK			
Iron	74 µg/dL	37 - 145	Normal
Saturasi	112%	20 - 55	Tinggi
TIBC	66 µg/dL	228 - 428	Rendah
ELEKTROLIT			
Natrium	134 mmol/L	136 - 145	Rendah
Kalium	2,70 mmol/L	3,50 - 5,10	Rendah
Klorida	106 mm0l/L	98 - 107	Normal
Retikulosit	1,35 %	0,5 - 1,5	Normal
DARAH LENGKAP			
Eritrosit	1,55 10^6µL	4,20 - 5,20	Rendah
Hemoglobin	4,7 g/dL	12,0 - 16,0	Rendah
Hematokrit	14,3 %	36,0 - 48,0	Rendah
MCH	30,3 pg	27,0 - 32,0	Normal
MCV	92,3 fL	80,0 - 99,0	Normal
MCHC	32,9 g/dL	32,0 - 36,0	Normal

RDW – SD	55,7 fL	35,0 - 45,0	Tinggi
RDW –CV	19,0 %	11,5 - 14,5	Tinggi
NRBC#	0,0 %	_	
NRBC%	0,00 10^3µL	_	
Lekosit	3,39 10^3µL	4,50 -11,00	Normal
Netrofit #	1,84 10^3µL	2,20 - 4,80	Rendah
Limfosit #	1,22 10^3µL	1,30 - 2,90	Rendah
Monosit #	0,31 10^3µL	0,30 - 0,80	Normal
Eosinifil #	0,02 10^3µL	0,00 - 0,20	Normal
Basofil #	0,00 10^3µL	0,00 - 0,10	Normal
IG (immatur granulocyte)#	0,04 10^3µL	0,00 -1,00	Normal
Netrofit %	54,3 %	50,0 - 70,0	Normal
Limfosit %	36,0 %	22,0 -40,0	Normal
Monosit %	9,1 %	2,0 - 8,0	Tinggi
Eosinofil %	0,6 %	2,0 - 4,0	Normal
Basofil%	0,0 %	0,0 -1,0	Normal
IG (immatur granulocyte)%	1,20 %	_	
Trombosit	95 x10^3µL	150 – 450	Rendah
PDW	10,2 fL	0,0 - 99,9	Normal

(sumber data sekunder: RM pasien)

Tabel 3.4 Hasil Laboratorium Kimia Tanggal 10 Juni 2015

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Interpretasi
ELETROLIT			
Natrium	137 mmol/L	136 - 145	Normal
Kalium	2,60 mmol/L	3.50 - 5.10	Rendah
Klorida	103 mmol/L	98 - 107	Normal
DARAH LENGKAP			
Eritrosit	3,19 10^6/mL	4,20-5,20	Rendah
Hemoglobin	9,3 g/dL	12,0-16,0	Rendah
Hematokrit	28,2 %	36,0-48,0	Rendah
Lekosit	4,80 10^3/mL	4,50-11,0	Normal
Trombosit	63 X10^3/mL	150-450	Rendah
MCH	29.2 pg	27.0 - 32.0	Rendah
MCV	88.4 fL	80.0 - 99.0	Normal
MCHC	33.0 g/gL	32.0 - 36.0	Normal
RDW-SD	52 fL	35.0 - 45.0	Tinggi
RDW-CV	18,6%	11.5 - 14.5	Tinggi
NRBC#	0,0 %		
NRBC%	0.00 10^3/µL		

Netrofit #	3.54 10^3/µL	2.20 - 4.80	Normal
Limfosit #	0.97 10^3/µL	1.30 - 2.90	Rendah
Monosit #	0.25 10^3/µL	0.30 - 0.80	Rendah
Eosinofil #	0.02 10^3/µL	0.00 - 0.20	Normal
Basofil #	0.02 10^3/µl	0.00 - 0.10	Normal
IG (immatur granulocute)#	0.80 10^3/µl	0.00 - 1.00	Normal
Netrofit %	73.8 %	50.0 - 70.0	Rendah
Limfosit %	20.2 %	22.0 - 40.0	Rendah
Monosit %	5.2 %	2.0 - 8.0	Normal
Eosinofil %	0,4%	2.0 - 4.0	Rendah
Basofil %	0,4 %	0.0 - 1.0	Normal
IG (immatur granulocute) %	0,04 %		
Trombosit	89 x10^3/µL	150 - 450	Rendah
PDW	10.6 fL	0.0 - 99.9	Normal
MPV	10.9 fL	7.2 - 10.4	Tinggi
P-LCR	30.7 %	15.0- 25.0	Tinggi
PCT	0,07 %	0.0 - 1.0	Normal
BUN	5.40 mg/dL	5-25	Normal
Kreatinin	0.91 mg/dL	0.5-1.5	Normal

(sumber data sekunder: RM pasien)

Tabel 3.5 Hasil Laboratorium Kimia Tanggal 11 Juni 2015

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Interpretasi
FAAL HATI			
Albimun	2.28 g/dL	3.97 - 4.94	Rendah
ELETROLIT			
Natrium	136 mmol/L	136 - 145	Normal
Kalium	3.30 mmol/L	3.50 - 5.10	Rendah
Klorida	104 mmol/L	98 - 107	Normal
DARAH LENGKAP			
Eritrosit	3.58 10^6/µL	4.20 - 5.20	Rendah
Hemoglobin	10.5 g/dL	12.0 - 16.0	Rendah
Hematokrit	31,0%	36.0 - 48.0	Rendah
MCH	29.3 pg	27.0 - 32.0	Normal
MCV	86.6 fL	80.0 - 99.0	Normal
MCHC	33.9 g/gL	32.0 - 36.0	Normal
RDW-SD	49.1 fL	35.0 - 45.0	Tinggi
RDW-CV	18,2%	11.5 - 14.5	Tinggi
NRBC#	0,3%		
NRBC%	0.02 10^3/µL		

Leukosit	6.81 10^3/µL	4.50 - 11.0	Normal
Netrofit #	5.81 10^3/µL	2.20 - 4.80	Tinggi
Limfosit #	0.84 10^3/µL	1.30 - 2.90	Rendah
Monosit #	0.16 10^3/µL	0.30 - 0.80	Rendah
Eosinofil #	0.00 10^3/µL	0.00 - 0.20	Normal
Basofil #	0.00 10^3/µl	0.00 - 0.10	Normal
IG (immatur granulocute)#	0.06 10^3/µl	0.00 - 1.00	Normal
Netrofit %	85,4%	50.0 - 70.0	Tinggi
Limfosit %	12,3%	22.0 - 40.0	Rendah
Monosit %	2,3%	2.0 - 8.0	Normal
Eosinofil %	0,0%	2.0 - 4.0	Rendah
Basofil %	0,0%	0.0 - 1.0	Normal
IG (immatur granulocute) %	0,9%		
Trombosit	89 x10^3/µL	150 - 450	Rendah
PDW	11.2 fL	0.0 - 99.9	Normal
MPV	9.8 fL	7.2 - 10.4	Normal
P-LCR	24,3 %	15.0- 25.0	Normal
PCT	0,1 %	0.0 - 1.0	Normal

(sumber data sekunder: RM pasien)

DATA PENUNJANG

Hasil Patologi Anatomi

Nama : Ny. S
Tanggal Pemeriksaan : 3 Maret 2015

Keterangan Klinik:
D/K : Suspek carsinoma cervix

Pemeriksaan Makroskopik:
Jaringan compang-camping kurang lebih 1 cc semua cetak

Pemeriksaan Mikroskopik:
Jaringan dengan sel-sel ganas asal epitel squamous tanpa membentuk keratin

Kesimpulan:
Nonkeratining Squamous carsinoma

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Nama : Ny. S
No.RM :01.72.15.57
Tanggal Pemeriksaan : 7 Juni 2015

GAMBARAN DARAH TEPI
Kesan eritrosit:
anisositosis, dominasi normosit, mikrosit, sfersit, mikrosterosit, stomatosit, normohipokromik, polikromasi (+).

Kesan leukosit:
jumlah menurun, granulasi toksik netrofil, limfosit atipik, vakuolisasi monosit

Kesan trombosit:
Jumlah menurun, penyebaran tidak merata, trombosit besar (+).

Kesan:
Anemia dengan kelainan morfologi eritrosit.
Leukopenia dengan reaktivitas netrofil, limfosit dan monosit.
Trombositopenia

Kesimpulan:
Observasi pansitopenia dengan gambaran anemia suspek proses hemolitik disertai proses inflamasi/infeksi (adakah perdarahan)
Saran :
Monitor DT
Pelacakan kausa pensitopenia
Retikulosit
Bilirubin direct/indirect
CRP
LDH

HB – AE – AL – AT
2,9 – 1,01 – 3,70 – 118

8. Terapi YangDiberikan

Tabel 3.6 Terapi yang diberikan pada pasien

TANGGAL	NAMA OBAT	DOSIS	RUTE	INDIKASI
09 Juni 2015	Paracetamol	1000mg/ 8jam	IV	Untuk menurunkan dan mencegah panas
	Infus NaCl 0,9%	20 tetes/menit	IV	Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit
	Tranfusi PRC ke 3 (1 kantong) Gol. O	30 tetes/menit	IV	Untuk meningkatkan Hb >10
10 Juni 2015	Paracetamol	1000mg/ 8jam	IV	Untuk menurunkan dan mencegah panas
	Infus NaCl 0,9%	20 tetes/menit	IV	Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit
	Tranfusi PRC ke 4 (1 kantong) Gol. O	30 tetes/menit	IV	Untuk meningkatkan Hb >10
	Injeksi dexamethasone	0,5 mg k/p	IV	Untuk anti alergi
11 Juni 2015	Paracetamol	1000mg/ 8jam	IV	Untuk menurunkan dan mencegah panas
	Infus NaCl 0,9%	20 tetes/menit	IV	Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit
	Tranfusi TC ke 1 (4 kantong) Gol. O	60 tetes/menit	IV	Untuk meningkatkan trombosit

(sumber data sekunder: RM pasien)

ANALISA DATA

Tabel 3.7 Analisa Data

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	DS : pasien mengatakan badannya terasa lemas DO: - Pasienlesu - konjungtivaanemis - wajah dan kulitpucat - nadi 84kali/menit - TD 120/80mmHg - CRT<2detik - Hasil pemeriksaanlaboraturium tanggal 8 Juni 2015: Hb :4,7 g/dL Trombosit:95x10^3/	Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	Gangguan perfusi jaringan perifer
2	DS: pasien mengatakan bengkak diwajah dan kedua kaki baru hari ini tanggal 9 Juni 2015 DO: - Wajah dan kedua kakiudem - Pemeriksaan laboraturiumTgl 6/6/2015 alb: 1,43 g/dL Tgl 8/6/2015 Hmt: 14,3 % Perubahan elektrolit ; natrium: 134 mmol/L, Kalium 2.70 mmol/L - Tekanan darah: 120/80mmHg	Gangguan mekanisme pengaturan	Kelebihan volume cairan
3	DS : Pasien mengatakan sulit untuk BAB sejak petama kemoterapi 24 april 2015. Pasien mengatakan tidak terlalu suka sayur dan buah pepaya DO: - Palpasi usus besar dibagian perut teraba penuh dan keras - Di pempers BAB keras danhanya	Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	Konstipasi

	sedikit - Bising usus 11kali/menit		
4	DS: DO: - Pasien terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit ditangankanan - Pasien terpasang kateter no16	Prosedur invasif	Resiko infeksi
5	DS: pasien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat penyakit kanker Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya. Pasien mengatakan mengkhawatirkan anak-anaknya yang di Papua. Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pengen cepat pulang berharap bisa berkumpul lagi dengan keluarganya di Papua DO: - Pasien bingung, khawatirdan tegang - Kedua tangan dan kakipasien gemetar - Pasien seringberkeringat - nadi 84 kali/menit - TD 120/80mmHg - RR 24kali/menit - S: 36°C	Perubahan status kesehatan (Diagnosis kanker servik)	Ansietas
6	DS: - DO: - Pasien bicara tidakjelas/gagap - Pasien bingung ketikadiajak berbicara - Kontak mata pasienkurang	Defek anatomis (perubahan pada neuronmuskular pada sistem pendengaran)	Hambatan komunikasi verbal

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah ditandai dengan:

   DS :

   pasien mengatakan badannya terasalemas

   DO :

   - Pasienlesu
   - konjungtivaanemis
   - wajah dan kulitpucat
   - nadi 84kali/menit
   - TD 120/80mmHg
   - CRT<2detik
   - Hasil pemeriksaan laboraturium tanggal 8 Juni2015:

     Hb :4,7g/dL

     Trombosit:95x10^3/

2. Kelebihanvolumecairanberhubungandengangangguanmekanismepngaturan ditandai dengan:

   DS:

   pasien mengatakan bengkak diwajah dan kedua kaki baru hari ini tanggal 9 Juni 2015

   DO:

- Wajah dan kedua kakiudem

- Pemeriksaan laboraturium Tgl 6/6/2015 alb: 1,43g/dL

  Tgl 8/6/2015

  Hmt: 14,3 %

  Perubahan elektrolit ; natrium: 134 mmol/L, Kalium 2.70 mmol/L

  Tekanan darah: 120/80 mmHg

3. Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup) ditandai dengan:

   DS :

   Pasien mengatakan sulit untuk BAB sejak kemoterapi pertama tanggal 24 April 2015.

   Pasienmengatakantidakterlalusukasayurdanbuahpepaya DO :

   - Palpasi usus besar dibagian perut teraba penuh dankeras
   - Di pempers BAB keras dan hanyasedikit
   - Bising usus 11kali/menit

4. Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan:

   DS:

   DO:

   - Pasien terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit ditangankanan
   - Pasien terpasang kateter no16

5. Ansietas berhubungan dengan Perubahan status kesehatan (Diagnosis kanker servik) ditandai dengan:

   DS:

Pasien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat penyakit kanker

Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya.

Pasien mengatakan mengkhawatirkan anak-anaknya yang di Papua.

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pengen cepat pulang berharap bisa berkumpul lagi dengan keluarganya di Papua.

DO:

- Pasien bingung, khawatir dantegang
- Kedua tangan dan kaki pasien tampakgemetar
- Pasien seringberkeringat
- nadi 84 kali/menit

  TD 120/80 mmHg

  RR 24 kali/menit

  S: 36°C

6. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan Defek anatomis (perubahan pada neuronmuskular pada sistem pendengaran) ditandai dengan:

   DS: -

   DO:

   - Pasien bicara tidakjelas/gagap
   - Pasien bingung ketika diajakberbicara
   - Kontak mata pasienkurang

RENCANA KEPERAWATAN

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Selasa,9 Juni'15 07.30 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah ditandai dengan : DS : pasien mengatakan badannya terasalemas DO: - Pasienlesu - konjungtivaanemis - wajah dan kulit pucat - nadi 84kali/menit - TD 120/80mmHg - CRT<2detik - Hasil pemeriksaan laboraturium tanggal 8 Juni	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mamapu menunjukkkan perfusi jaringan perifer dengan kriteria hasil: -pasien mengatakan badan sudah tidak lemas -pasien tidak lesu -konjungtiva tidak anemis -pucat berkurang pada wajah dan kulit -TTV batas normal TD: 110-120/70-80 mmHg N: 70-100kli/mnt RR: 16-24kli/mnt -Hb: ≥10g/dL -trombosit 150-450	- Monitortanda-tanda anemia (kelelahan, sakit kepala, mual, pucat sesak nafas, berdebar) - Bantu pasien untuk memenuhi activity daily living(ADL's) - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan untuk meningkatkanistirahat - Kolaborasi untuk pemberian tranfusi (PRC,Trombosit) -observasi reaksi pasien selama/sebelum/sesudah tranfusi dengan monitor TTV -cek hb sebelum dan	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 07.30 WIB - Memonitor tanda-tanda anemia (pasien pucat dan lesu) - Membantu pasien dalam pemenuhan ADL's (bergantibaju) - Memonitor TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi Pukul 07.30WIB - Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi (pasien makan habis ½porsi) Dwi	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - Pasien mengatakan masih lemas O : - Pasienlemas - Konjungtivaanemis - Kulit pucat - Observasi tranfusi (tidak ada reaksi selamatranfusi) TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36,3°C A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian.

	2015: Hb :4,7 g/dL Trombosit:95x10^3/	x10^3/μ	sesudah tranfusi	Pukul 12.45 WIB - MemonitorTTV sebelum tranfusi PRC TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36,3°C Dwi Pukul 13.00 WIB - Memberikantranfusi PRC 1 kolf Dwi Pukul 13.15 WIB - Mengobservasireaksi tranfusi PRC (tidak ada reaksi alergi) Dwi	P : Lanjutkan Intervensi - Monitortanda-tanda anemia - Bantu pasienuntuk memenuhi ADL's - Anjurkanuntuk meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkanuntuk meningkatkan istirahat - Kolaborasiuntuk pemberian tranfusi Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 1

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 14.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	15.00	- Memonitor tanda-tandaanemia (Ds: pasien mengatakan masih lemas Do: pasien masih lesu, pucat dan konjungtiva anemis) Dwi	Selasa, 09 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : pasien mengatakan masih merasa lemas O : - Pasienlesu - Pasien bisa berjalan dengan bantuan oranglain - Observasi tranfusi selesai pukul 17.00, tidak ada reaksi alergi. - TTV TD: 100/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda anemia - Bantu pasien untuk memenuhiADL's - Anjurkan untuk meningkatkan asupannutrisi - Anjurkan untuk meningkatkan istirahat - Kolaborasi untuk pemberiantranfusi Dwi
		17.00	- Tranfusi PRC selesai, ganti cairan NaCl 0,9%20tpm - Menganjurkan untuk meningkatkan asupannutrisi (Ds: pasien mengatakan mau makan kalu disuapianaknya) Dwi	
		17.15	- Memonitor TTV, setelah 15 menit pemberian tranfusiPRC TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C Dwi	
		18.15	- Memonitor TTV, setelah 1jam pemberian tranfusiPRC TD: 100/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 2

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 21.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	21.00	- Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat / tidur Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : pasien mengatakan masih merasa lemas pasien mengatakan tidur nyenyak
		22.00	- Memonitor TTV, setelah 15 menit pemberian tranfusi PRC TD: 110/60 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C Memonitor istirahat tidur pasien (Do: pasien tidur) Dwi	O : - Pasienlesu - Pasien pucatberkurang - TTV TD: 120/80 mmHg N: 86 x/mnt RR: 24 x/mnt A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian
		06.00	- Memonitor TTV TD: 120/80 mmHg N: 86 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi	P : Lanjutkan intervensi - Monitortanda-tanda anemia - Bantu pasienuntuk memenuhi ADL’s - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan untuk meningkatkanistirahat - Kolaborasi untuk pemberiantranfusi Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 3

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	08.00	- Memonitortanda-tanda anemia (Ds: pasien mengatakan tidak pusing tapi merasa lemas Do: pasien lesu dan konjungtiva pucat) Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : pasien mengatakan masih merasa lemas O : - Pasienlesu - Pasienpucat berkurang - Konjungtivamasih pucat - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 22 x/mnt - Hasilpemeriksaan laboraturium Hb: 9,3 g/dL A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitortanda-tanda anemia - Bantu pasien untuk memenuhiADL’s - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkanuntuk meningkatkan istirahat - Kolaborasi untuk pemberiantranfusi Dwi
		08.15	- membantu pasienuntuk memenuhi ADL’s (membantu pasien dalam berjalan menuju kamar mandi) Dwi	
		09.00	- mengambil sampeldarah untuk pemeriksaan Hb (Hb:9,3 g/dL) Dwi	
		12.15	Memonitor TTV, setelah 15 menit pemberian tranfusi PRC TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C Dwi	
		12.30	- menganjurkanuntuk meningkatkan asupan nutrisi - memberikan tranfusi PRC gol O 1kolf Dwi	
		12.45	Mengobservasi reaksi tranfusi (tidak ada alergi/reaksi) Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 4

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	17.00	- Tranfusi PRC telah selesai diberikan, ganti cairan NaCl 0,9%20tpm - Memonitor tanda-tanda anemia (Ds:pasien mengatakan masih merasa lemas Do: pasien lesu dan konjungtiva pucat) Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : pasien mengatakan rasanya ingin tidur terus O : - Pasienlesu - Pasien pucat berkurang - Konjungtiva masih pucat - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 20 x/mnt S: 36°C - Pasien sudah tidak menggigil A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda anemia - Bantu pasien untuk memenuhiADL's - Anjurkan untuk meningkatkan asupannutrisi - Anjurkan untuk meningkatkan istirahat - Kolaborasi untuk pemberiantranfusi Dwi
		17.10	- Memberikan injeksi dexamethasone 5 mg (untuk alergi pasien terhadapdarah Do: pasien menggigil) - Mengobservasi TTV, setelahtranfusi TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 20 x/mnt S: 36°C Dwi	
		19.00	- Memonitor TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 20 x/mnt - Memberikan tranfusi albumin Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 5

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	22.00	- Mengobservasi TTV, setelah tranfusi PRC TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 16 x/mnt S: 36°C Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat tidur Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : pasien mengatakan masih lemes Pasien mengatakan tidur semalem nyenyak O : - Pasienlesu - Konjungtivamasih pucat - TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 16 x/mnt S: 36°C A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitortanda-tanda anemia - Bantu pasien untuk memenuhiADL's - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan untuk meningkatkanistirahat - Kolaborasi untuk pemberiantranfusi Dwi
		06.00	- Memonitor TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 16 x/mnt Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 6

NamaKlien : Ny. S

No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	08.00	- Memonitor tanda-tanda anemia (Ds: pasien mengatakan masih merasa lemas Do: pasien lesu dan konjungtiva pucat) Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : pasien mengatakan masih lemes O : - Pasienlesu - Konjungtivamasih pucat - Hasil pemeriksaan laboraturium Hb: 10,5 g/dL, trombosit 89 95x10^3/ - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitortanda-tanda anemia - Bantu pasien untuk memenuhiADL’s - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan untuk meningkatkanistirahat - Kolaborasi untuk pemberiantranfusi Dwi
		09.00	- Mengambil sampel darah vena untuk pemeriksaan laboratorium (trombosit 89 95x10^3/) Dwi	
		13.00	- Mengambil sampel darah vena untuk dikirim ke PMI (tranfusi trombosit) Dwi	
		14.00	- Memonitor TTV TD: 110/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 7

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	17.00	- Memonitor TTV sebelum tranfusi trombosit TD: 110/70 mmHg N: 82 x/mnt RR: 20 x/mnt S: 36°C Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : pasien mengatakan masih lemes O : - Pasienlesu - Konjungtivamasih pucat - Hasil pemeriksaan laboraturium Hb: 10,5 g/dL - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 22 x/mnt S: 36°C A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitortanda-tanda anemia - Bantu pasienuntuk memenuhi ADL's - Anjurkan untuk meningkatkan asupannutrisi - Anjurkan untuk meningkatkan istirahat - Kolaborasi untuk pemberiantranfusi Dwi
		17.15	- Memberikan tranfusi trombosit 4 unit Dwi	
		17.35	Tranfusi trombosit selesai diberikan Dwi	
		17.50	- Memonitor TTV setelah pemberian tranfusi trombosit TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 22 x/mnt S: 36°C Dwi	
		20.00	- Memonitor tanda-tanda anemia (Ds: pasien mengatakan masih sedikit lemas Do: konjungtiva pucat berkurang) Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 8

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis , 11 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB	Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah	22.00	- Memonitor TTV, setelah 4 jam tranfusi trombosit TD: 110/70mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt - Memonitor reaksi setelah tranfusi (tidak ada reaksi) Dwi	Jumat, 12 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : pasien mengatakan lemes berkurang O : - Pasien masih sedikit lesu - Konjungtiva masih pucat - TTV TD: 110/60 mmHg N: 86 x/mnt RR: 22 x/mnt S: 36°C A : Masalah Gangguan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda anemia - Bantu pasien untuk memenuhiADL’s - Anjurkan untuk meningkatkan asupannutrisi - Anjurkan untuk meningkatkan istirahat - Kolaborasi untuk pemberiantranfusi Dwi
		06.00	- Memonitor tanda-tanda anemia (Ds: pasien mengatakan lemas berkurang Do: konjungtiva pucat berkurang) - Memonitor TTV TD: 110/60 mmHg N: 86 x/mnt RR: 22 x/mnt Dwi	

RENCANA KEPERAWATAN

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Selasa,9 Juni'15 07.30 WIB	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan Defek anatomis (perubahan pada neuronmuskular pada sistem pendengaran) ditandai dengan : DS: - DO: - Pasien bicara tidak jelas/gagap - Pasien bingung ketika diajak berbicara - Kontak mata pasien kurang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mamapu mengatasi Hambatan komunikasi verbal dengan kriteria hasil: - pasien mampu berbicara dengan jelas dan tidak gagap - pasien memeperhatikan ketika diajak bicara	- Observasitingkat pemahaman pasien terhadap komunikasi - Beri petunjuk yang jelas dan sederhana pada pasien untuk mengurangi kebingungan - Dorong /anjurkan pada pasien untuk berkomunikasi dengan perlahan - Kolaborasi/kerjasama dengan keluarga sebagai penerjemah	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 08.00 WIB - mengobservasi tingkat pemahaman pasien terhadap komunikasi (Do: pasien bingung ketika diajak berkomunikasi) - memberi petunjuk yang jelas dan sederhana pada pasien untuk mengurangi kebingungan dengan menyentuh pasien untuk menarik perhatian pasien (Do: pasien menoleh atau memperhatikan) -Melakukan kerjasama dengan keluarga untuk menerjemahkan maksud Dwi	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - O : - Pasienmulai memperhatikan sedikit sedikit apabila diajak berbicara - Kontak matamasih kurang - Pasien masihberbicara terbata-bata A : Masalah Hambatan komunikasi verbal belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi - Observasitingkat pemahaman pasien terhadap komunikasi - Beri petunjuk yangjelas

					dan sederhana pada pasien untuk mengurangi kebingungan - Dorong / anjurkan pada pasien untuk berkomunikasi dengan perlahan - Kolaborasi/kerjasama dengan keluarga sebagai penerjemah Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 1

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 14.00 WIB	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan Defek anatomis (perubahan pada neuronmuskular pada sistem pendengaran)	17.00	- mengobservasi tingkat pemahaman pasien terhadap komunikasi (Do: pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan dengan tepat) - melakukan kerjasama dengan keluarga sebagai penerjemah (Do: keluarga menerjemahkan maksud yang tidak diketahui pasien) Dwi	Selasa, 09 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : - O : - Pasienmenjawab sesuai dengan keadaan dengan benar, tetapi masih terbata-bata - Kontak mata pasien masih kurang (kadang memperhatikan kadangtidak) A : Masalah Hambatan komunikasi verbal belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Observasitingkat pemahaman pasien terhadap komunikasi - Beri petunjuk yang jelas dan sederhana pada pasien untuk mengurangi kebingungan - Dorong / anjurkan pada pasien untuk berkomunikasi dengan perlahan - Kolaborasi/kerjasama dengan keluarga sebagai penerjemah Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 2

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 21.00 WIB	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan Defek anatomis (perubahan pada neuronmuskular pada sistem pendengaran)	06.00	- Memberi petunjuk yang jelas dan sederhana pada pasien untuk mengurangi kebingungan dengan menyentuh tangan dan menunjukkanbenda sesuai dengan objek yang dibicarakan - Mengobservasi tingkat pemahaman pasien terhadap komunikasi (Do: pasien mampu menjawab maksud dari pertanyaan) - Menganjurkan pada pasien untuk berkomunikasi dengan perlahan (Do: pasien masih kadang berbicara dengan gugup/tidak jelas) - Melakukan kerjasama dengan keluargasebagai penerjemah dari maksud pertanyaan Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S: - O : - Pasien mulai paham dengan maksud dari setiap komunikasi, ditunjukkan dengan pasien mampu menjawab pertanyaan denganbenar - Bicara pasien mulai perlahan tapijelas - Kontak mata mulai meningkat, pasien mulai menatap ketika diajakberbicara A : Masalah Hambatan komunikasi verbal teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Observasi tingkat pemahaman pasien terhadapkomunikasi - Beri petunjuk yang jelas dan sederhana pada pasien untuk mengurangi kebingungan - Dorong / anjurkan pada pasien untuk berkomunikasi dengan perlahan - Kolaborasi/kerjasama dengan keluarga sebagai penerjemah Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 3

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 08.00 WIB	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan Defek anatomis (perubahan pada neuronmuskular pada sistem pendengaran)	09.00	- Memberi petunjuk yang jelas dan sederhana pada pasien untuk mengurangi kebingungan dengan menunjuk sesuatu benda yang dimaksud - Mengobservasi tingkat pemahaman pasien terhadap komunikasi (Do: pasien mampu menjawab pertanyaan yang diajukan) - Melakukan kerjasama dengan keluarga sebagai penerjemah Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S: - O : - Pasien memperhatikan saat diberikan pertanyaan - Pasienmampu menjawab dengan jawaban yang jelas - Ada kontak mata ketika berkomunikasi A : Hambatan komunikasi verbal teratasi P : Hentikan intervensi Dwi

RENCANA KEPERAWATAN

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang: Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Selasa,9 Juni'15 07.30 WIB	Kelebihan volume cairanberhubungan dengan gangguan mekanisme pngaturan ditandai dengan: DS: pasien mengatakan bengkak diwajah dan kedua kaki baru hari ini tanggal 9 Juni 2015 DO: - Wajah dan kedua kakiudem - Pemeriksaan laboraturium Tgl 6/6/2015 alb: 1,43 g/dL Tgl 8/6/2015 Hmt: 14,3% Perubahan elektrolit ; natrium:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mamapu menunjukkkan keseimbangan volume cairan dengan kriteria hasil: - wajah dan kedua kaki bengkak berkurang atau tidak bengkak -TTV normal TD: 110-120/70-80 mmHg -pemeriksaan Laboraturium dalam batas nrmal alb: ≥ 2.50 g/dL Hmt 36-48 % kalium 3,5 mmol/L natrium 136-145 mmol/L	Manajemen cairan dan elektrolit - Kaji lokasi dan luas edema - Monitor hasil laboraturium (Hmt, alb, natrium,kalium) - Monitor tanda-tanda vital - Monitor input dan output cairan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg 500cc	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 07.30 WIB - mengkaji lokasi dan luas edema (Do: edema pada bagian wajah dan kedua kaki mulai dari lutut) - Memonitor input dan output (pasien mengatakan sehari minum air putih 1,5 lt dan jus 1 gelas, urin dalam urin bag 150cc;sudah 2jam) - Memonitor TTV TD: 120/80 mmHg nadi 84kali/menit -memonitor tetesan infus 20 tetes/menit Dwi	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - Pasien mengatakan bengkak tidaksakit/nyeri O : - edema pada bagian wajah dan kedua kaki mulai dari lutut - Observasi tranfusi (tidak ada reaksi selamatranfusi) TTV TD: 100/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36,3°C A : Masalah Kelebihan volume cairan belum teratasi.

	134 mmol/L, Kalium 2.70 mmol/L Tekanan darah: 120/80 mmHg			Pukul 12.45 WIB - Memonitor TTV sebelum tranfusi PRC TD: 120/80 mmHg nadi 84 kali/menit Dwi Pukul 13.00 WIB - Memberikantranfusi PRC 1 kolf Dwi Pukul 13.15 WIB - Mengobservasi reaksi tranfusi PRC (tidak ada reaksialergi) Dwi	P : Lanjutkan Intervensi - kaji lokasi dan luasedema - Monitor hasil laboraturium (Hmt, alb, natrium,kalium) - Monitor tanda-tandavital - Monitor input dan output cairan - Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg500cc Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 1

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 14.00 WIB	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme pengaturan	15.00	- Mengkaji luas dan lokasi edema (Do: ada edema di wajah dan kaki belum berkurang) Dwi	Selasa, 09 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : - O : - Wajah dan kedua kaki masihudem - Observasi tranfusi selesai pukul 17.00 - TTV TD: 100/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C A : Masalah Kelebihan volume cairan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - kaji lokasi dan luasedema - Monitor hasil laboraturium (Hb, Hmt, alb, natrium, kalium) - Monitortanda-tanda vital - Monitor input dan output cairan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg 500cc Dwi
		17.00	- Tranfusi PRC selesai, ganti cairan NaCl 0,9% 20tpm - Memonitor input dan output cairan (Do: pasien mengatakan minum air putih kurang lebih 1lt dan urin yang tertampung 500cc sejak tadi pagi pukul 05.00WIB-17.00WIB) Dwi	
		17.15	- Memonitor TTV, setelah 15 menit pemberian tranfusi PRC TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C Dwi	
		18.15	- Memonitor TTV, setelah 1jam pemberian tranfusi PRC TD: 100/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 2

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 21.00 WIB	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme pngaturan	22.00 06.00	- Memonitor TTV, setelah 15 menit pemberian tranfusi PRC TD: 110/60 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C - Memonitor tetesan infus (Do: NaCl 0,9 % 20 tpm) Dwi - Memonitor input dan output (Ds:pasien mengatakan semalem minum ketika terbangun saja, urin bag 450cc) - Mengkaji luas dan lokasi udema - Memonitor TTV TD: 120/80 mmHg N: 86 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : - O : - Infus terpasang NaCl 0,9% 20tetes/menit - Wajah dan kedua kaki masihbengkak - TTV TD: 120/80 mmHg N: 86 x/mnt RR: 24 x/mnt A : Masalah Kelebihan volume cairan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - kaji lokasi dan luas edema - Monitor hasil laboraturium (Hb, Hmt, alb, natrium, kalium) - Monitor tanda-tanda vital - Monitor input dan output cairan Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg 500cc Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 3

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme pngaturan	08.00	- Mengkaji lokasi dan luas udem (bengkak di wajah dan kaki mulaiberkurang) Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - O : - terpasang tranfusi PRC 30tpm - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt - Hasil pemeriksaan laboraturium Hb: 9,3g/dL Hmt 28,2 Natrium137 Kalium2,60 Klorida 103 - bengkak di wajah dan kaki mulaiberkurang A : Masalah Kelebihan volume cairan teratasisebagian P : Lanjutkanintervensi - kaji lokasi dan luas edema - Monitor hasil laboraturium (Hb, Hmt, alb, natrium,kalium) - Monitor tanda-tanda vital - Monitor input dan output cairan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg500cc Dwi
		08.15	- mengambil sampel darah untuk pemeriksaan Hb (hb 9,3g/dL) Dwi	
		12.15	- Memonitor TTV, setelah 15 menit pemberian tranfusi PRC TD:110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C Dwi	
		12.30	- memberikan tranfusi PRC gol O 1 kolf Dwi	
		12.45	- Mengobservasi reaksi tranfusi (tidak ada alergi/reaksi) Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 4

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme pngaturan	17.00	- Tranfusi PRC telah selesai diberikan, ganti cairan NaCl 0,9% 20tpm - Mengkaji lokasi dan luas udem (bengkak di wajah dan kaki berkurang) Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : - O : - bengkak di wajah dan kakiberkurang - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 20 x/mnt S: 36°C A : Masalah Kelebihan volume cairan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - kaji lokasi dan luas edema - Monitor hasil laboraturium (Hb, Hmt, alb, natrium, kalium) - Monitor tanda-tanda vital - Monitor input dan output cairan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg 500cc Dwi
		17.10	- Memberikan injeksi dexamethasone 5 mg (untuk alergi pasien terhadapdarah Do: pasien menggigil) Dwi	
		18.00	- Memonitor input dan output (Ds:pasien mengatakan minum sudah habis kurang lebih 1 literan,Do: urin bag 450cc) Dwi	
		20.00	- Memberikan tranfusi albumin - Memonitor TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 20 x/mnt Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 5

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme pngaturan	22.00	- Mengobservasi TTV, setelah tranfusi PRC TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 16 x/mnt S: 36°C - Mengganti cairan infus NaCl 0,9 % dengan premix 25mg 20 tetes/menit Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : - O : - Pasien terpasanginfus NaCl 0,9% dengan premix 25mg20 tetes/menit - TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 16 x/mnt S: 36°C
		06.00	- Memonitor TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 16 x/mnt - Memonitor input dan output (Ds: pasien mengatakan minum semalem kurang lebih 500ltr, Do: urin bag510cc) Dwi	A : Masalah Kelebihan volume cairan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - kaji lokasi dan luas edema - Monitor hasil laboraturium (Hb, Hmt, alb, natrium,kalium) - Monitor tanda-tandavital - Monitor input dan output cairan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg500cc Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 6

NamaKlien : Ny. S

No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme pngaturan	08.00	Mengkaji lokasi dan luas udem (tidak bengkak di wajah dan kaki) Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - O : - Wajah dan keduakaki sudah tidak bengkak - Hasil pemeriksaan laboraturium Hb:10,5 g/dL, alb: 2,28 g/dL; hmt 31% - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C - Infus terpasangNaCl 0,9% 20 tetes/menit A : Masalah Kelebihan volume cairan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - kaji lokasi dan luas edema - Monitor hasil laboraturium (Hb, Hmt, alb, natrium,kalium) - Monitor tanda-tandavital - Monitor input dan output cairan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg500cc Dwi
		09.00	- Mengambil sampel darah vena untuk pemeriksaan laboraturium Dwi	
		14.00	- Memonitor TTV TD: 110/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 7

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme pngaturan	17.00 20.00	- Memonitor input dan output (Ds: pasien mengatakan minum kurang lebih 1liter dan susu satu gelas blimbing, Do: urin bag 500cc) Dwi - MemonitorTTV TD: 110/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : O : - Hasil pemeriksaan laboraturium Hb: 10,5 g/dL, Hb: 10,5 g/dL, alb: 2,28 g/dL; hmt 31% - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C - Infus terpasangNaCl 0,9% 20 tetes/menit A : Masalah Kelebihan volume cairan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - kaji lokasi dan luas edema - Monitor hasil laboraturium (Hb, Hmt, alb, natrium,kalium) - Monitor tanda-tandavital - Monitor input dan output cairan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg 500cc Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 8

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis , 11 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme pngaturan	06.00	- MemonitorTTV TD: 110/60 mmHg N: 86 x/mnt RR: 22 x/mnt - Memonitor input dan output (Ds: pasien mengatakan minum semalem kurang lebih 2 gelas, Do: urin bag 450cc) Dwi	Jumat, 12 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : - O : - TTV TD: 110/60 mmHg N: 86 x/mnt RR: 22 x/mnt S: 36°C - Infus terpasangNaCl 0,9% 20 tetes/menit A : Masalah Kelebihan volume cairan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - kaji lokasi dan luas edema - Monitor hasil laboraturium (Hb, Hmt, alb, natrium,kalium) - Monitor tanda-tandavital - Monitor input dan output cairan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian infus NaCl 0,9%, tranfusi PRC, Albumin, dan koreksi KCl premix 25 mEg 500cc Dwi

RENCANA KEPERAWATAN

NamaKlien : Ny. S

No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Selasa,9 Juni'15 07.30 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup) ditandai dengan : DS : Pasien mengatakan sulit untuk BAB sejak petama kemoterapi 24 april 2015. Pasien mengatakan tidak terlalu suka sayur dan buah pepaya DO: - Palpasi usus besar dibagian perut teraba penuh dan keras - Di pempers BAB keras dan hanya sedikit - Bising usus 11	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mamapu mengatasi konstipasi dengan kriteria hasil: -pasien mengatakan dapat BAB rutin (sehari sekali) -BAB lunak -BAB tidak perlu mengejan berlebihan -asupan serat tercukupi	- ObservasiBAB (frekuensi dan konsistensi) - Bantu pasienatur waktu yang tepat untuk defekasi/BAB - Anjurkanuntuk meningkatkan asupan serat yang cukup - Anjurkan padapasien untuk tidak mengejan berlebihan saat BAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalampemberian makanan berserat	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 08.00 WIB - mengobservasi BAB (BAB sedikit dan keras) - Menganjurkan pasien untuk minum banyak dan makan makanan berserat (Do: pasien makan sayur sedikit dan hanya menghabiskan ½ porsi) Dwi Pukul 08.15 WIB - Menganjurkanpasien untuk BAB setelah makan - Menganjurkanpasien BAB tanpa perlu mengejan berlebihan Dwi	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - Pasien mengatakanmasih susah BAB O : - Pasien mau makansayur - Pasien minum habis 1liter - Pasien sudah BAB 1kali, sedikit dan keras A : Masalah konstipasi teratasi sebagian. P : Lanjutkan Intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien aturwaktu yang tepatuntuk defekasi/BAB - Anjurkanuntuk meningkatkan asupan serat

	kali/menit				yang cukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihan saatBAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan berserat Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 1

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 14.00 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	16.30	- menganjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup - menganjurkan pada pasien untuk mencoba BAB dan tidak mengejan berlebihan saat BAB Dwi	Selasa, 09 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : pasien mengatakan BAB masih keras dan sedikit O : - Pasien lemas setelahBAB sore hari - Pasien makan ½ porsi, tetapi sayurhabis A : Masalah Konstipasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien atur waktu yang tepat untuk defekasi/BAB - Anjurkan untuk meningkatkan asupan serat yangcukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihan saat BAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan berserat Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 2

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 21.00 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	06.00	- Mengobservasi BAB (Ds: pasien mengatakan belum BAB) Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : pasien mengatakan belum BAB tapi terasa akan BAB O : - Pasien tidaknyaman - Palpasi usus dibagian perut pasien terasakeras A : Masalah Konstipasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien atur waktu yang tepat untuk defekasi/BAB - Anjurkan untuk meningkatkan asupan serat yangcukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihan saat BAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan berserat Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 3

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni'15 08.00 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	13.30	- menganjurkan untuk banyak minum dan meningkatkan asupan serat yang cukup (Do: pasin makan sayur dan buah pepaya) - menganjurkan pada pasien untuk mencoba BAB dan tidak mengejan berlebihan saat BAB Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : pasien mengatakan BAB sudah tidak terlalu keras, tetapi masih sedikit O : - Pasien lebihnyaman - Pasien makan 3/2 porsi dan menghabiskan sayuran yangada. A : Masalah Konstipasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien atur waktu yang tepat untuk defekasi/BAB - Anjurkan untuk meningkatkan asupan serat yangcukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihan saatBAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan berserat Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 4

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 14.00 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	16.00	- menganjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup - menganjurkan pada pasien untuk mencoba BAB dan tidak mengejan berlebihan saat BAB Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : pasien mengatakan BAB baru tadi pagi Pasien mengatakan tidak terlalu sebah pada perut O : - Pasiennyaman - Pasien makan ½porsi A : Masalah Konstipasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien atur waktu yang tepat untuk defekasi/BAB - Anjurkan untuk meningkatkan asupan serat yangcukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihan saatBAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makananberserat Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 5

Nama Klien : Ny.S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 21.00 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	06.00	- menganjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : pasien mengatakan belum BAB O : - palpasi usus dibagian perut tidak terlalukeras A : Masalah Konstipasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien atur waktu yang tepat untukdefekasi/BAB - Anjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihan saatBAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan berserat Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 6

Nama Klien : Ny.S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 08.00 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	06.00	- menganjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : pasien mengatakan belum BAB dan belum terasa akan BAB O : - pasien makan habis ½porsi - minum sudah 1liter A : Masalah Konstipasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien atur waktu yang tepat untukdefekasi/BAB - Anjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihansaat BAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan berserat Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 7

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 14.00 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	06.00	- menganjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup - menganjurkan untuk BAB setelah makan Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : pasien mengatakan belum BAB dan belum terasa akan BAB O : - palpasi usus dibagianperut teraba keras A : Masalah Konstipasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien atur waktu yang tepat untukdefekasi/BAB - Anjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihan saat BAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan berserat Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 8

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 14.00 WIB	Konstipasi berhubungan dengan Fisiologis (Asupan serat tidak cukup)	06.00	- menganjurkan untuk meningkatkan asupan serat yang cukup - menganjurkan pada pasien untuk mencoba BAB dantidak mengejan berlebihan saat BAB Dwi	Jumat, 12 Juni 2015 Pukul 06.00 WIB S : pasien mengatakan belum BAB dan belum terasa akan BAB O : - pasien tidaknyaman A : Masalah Konstipasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - ObservasiBAB - Bantu pasien atur waktu yang tepat untuk defekasi/BAB - Anjurkan untuk meningkatkan asupan serat yangcukup - Anjurkan pada pasien untuk tidak mengejan berlebihan saat BAB - Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan berserat Dwi

RENCANA KEPERAWATAN

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Selasa,9 Juni'15 07.30 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan : DS: DO: - Pasien terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit ditangan kanan - Pasien terpasang kateter no 16	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mamapu mengontrol infeksi dengan kriteria hasil: - pasien bebas dari tanda gejala infeksi (rubor, kolor, tumor, dolor, fungsiolesa) -angka leukosit dalam batas normal 4,50-11.00 10^3/µL - menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi	Kontrol infeksi - Monitor tandagejala infeksi - Beri perawatan pada area yangterpasang infus dan kateter - Anjurkanuntuk menjaga kebersihan area tusukan infus dan kateter - Kolaborasipemberian antibiotik kalau perlu	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 08.00 WIB - mengobservasi tanda gejala infeksi (Ds: pasien mengatakan tangan yang terpasang infus sakit Do: ada bengkak pada tangan yang terpasang infus Kateter bersih) - Menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan area genetalia Dwi Pukul 08.30 WIB - Melakukan perawatan pada kateter Dwi	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - Pasien mengatakan sudah tidak nyeri ditangankanan - Pasien tidak merasapanas pada tangan kanan yang terpasang infus dan tangan kiri. O : - Tangan pasienbengkak - Tidakkemerahan - Kedua tangan masihbisa digerakkan - Tangan kananterpasang infus NaCl 0,9%20 tetes/menit - Suhu 36°C - Angka lekosit tanggal 7 juni 2015: 3,78 A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian.

				Pukul 09.00 WIB - Memindahtusukan infus di tangan sebelah kanan Dwi	P : Lanjutkan Intervensi - Monitor tandagejala infeksi - Beri perawatan padaarea yang terpasang infus dan kateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasipemberian antibiotik kalauperlu Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 1

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 14.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	17.00	- menganjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dan kateter Dwi	Selasa, 09 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : pasien mengatakan tidak nyeri ditangan kanan maupun kiri dan alat genetalia tidak ada keluhan O : - Pasien terpasang infuse NaCl 0,9% 20 tetes/mnt ditangankanan - Pasien terpasang kateter no 16bersih - Tangan kiri masihbengkak - Area tusukan infusebersih A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejalainfeksi - Beri perawatan pada areayang terpasang infus dankateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasi pemberian antibiotik kalauperlu Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 2

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 21.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	24.00	- Memonitor tanda gejala infeksi (Do: tangan kiri masih bengkak tapi tidak nyeri, tangan yang terpasang infuse tidak ada tanda-tanda infeksi) Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S: pasien mengatakan tidak nyeri ditangan kanan maupun kiri dan alat genetalia tidak ada keluhan O : - Pasien terpasang infuse NaCl 0,9% 20 ttes/mnt ditangankanan - Pasien terpasang kateter no 16bersih - Tangan kiri sudah tidak terlalubengkak - Area tusukan infusebersih A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejalainfeksi - Beri perawatan pada areayang terpasang infus dankateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasi pemberian antibiotik kalauperlu Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 3

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 08.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	09.00	- Mengobservasi tanda gejala infeksi (Ds: pasien mengatakan panas pada area yang terpasang infus Do: tangan yang terpasang infus bengkak) Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S: pasien mengatakan tidak nyeri ditangan kanan maupun kiri dan alat genetalia tidak ada keluhan O : - Pasien terpasang infuse NaCl 0,9% 20 ttes/mnt ditangankiri - Pasien terpasang kateter no 16bersih - Area tusukan infuse bersih A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejalainfeksi - Beri perawatan pada areayang terpasang infus dankateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasi pemberian antibiotik k/p Dwi
		09.30	- Memindahkan tusukan infus ke tangan kiri (infus terpasang dan mengalir lancar) - Menganjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dan kateter Dwi	
		13.00	- Mengobservasi tanda-tanda infeksi(Ds: pasien mengatakan tidak nyeri Do: tidak ada bengkak dan kemerahan pada tangan yang terpasang infus) Dwi	

CATATAN PERKEMBANGAN 4

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 14.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	17.00	- Mengobservasi tanda gejala infeksi (Ds: pasien mengatakan kadang nyeri pada areayang terpasang infus) - Memberi perawatan pada area yang terpasang infus dankateter - menganjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dan kateter Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S: pasien mengatakan tidak nyeri ditangan kanan maupun kiri dan alat genetalia tidak ada keluhan O : - Pasien terpasang infuse NaCl 0,9% 20 ttes/mnt ditangankiri - Pasien terpasang kateter no 16bersih - Area tusukan infusebersih A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejalainfeksi - Beri perawatan pada areayang terpasang infus dankateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasi pemberian antibiotik kalauperlu Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 5

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 21.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	24.00	- Mengobservasi tanda gejala infeksi (Do: tangan yang terpasang infus tidak ada kemerahan dan sedikit bengkak) Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S: pasien mengatakan tidak nyeri ditangan kanan maupun kiri dan alat genetalia tidak ada keluhan O : - Pasien terpasanginfuse NaCl 0,9% 20 ttes/mnt ditangan kiri dan tidak bengkak - Pasien terpasangkateter no 16bersih - Area tusukan infuse bersih A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejalainfeksi - Beri perawatan pada areayang terpasang infus dankateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasi pemberian antibiotik kalauperlu Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 6

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 08.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	08.30	- Mengobservasi tanda gejala infeksi (Ds: pasien mengatakan tidak nyeri) - Menganjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dan kateter Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S: pasien mengatakan tidak nyeri ditangan kanan maupun kiri dan alat genetalia tidak ada keluhan O : - Pasien terpasanginfuse NaCl 0,9% 20 ttes/mnt ditangan kiri dan mengalir lancar - Pasien terpasang kateterno 16 bersih - Area tusukan infusebersih A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejalainfeksi - Beri perawatan pada areayang terpasang infus dankateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasi pemberian antibiotik kalauperlu Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 7

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 14.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	16.00	- Mengobservasi tanda gejala infeksi (Do: tidak ada tanda gejala infeksi) - Menganjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dan kateter Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S: pasien mengatakan tidak nyeri ditangan kanan maupun kiri dan alat genetalia tidak ada keluhan O : - Pasien tampak terpasang infuse NaCl 0,9% 20 ttes/mnt ditangankanan - Pasien terpasangkateter no 16bersih - Tangan kiri masih bengkak - Area tusukan infuse bersih A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejalainfeksi - Beri perawatan pada areayang terpasang infus dankateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasi pemberian antibiotik kalauperlu Dwi

CATATAN PERKEMBANGAN 8

Nama Klien : Ny. S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr. Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 14.00 WIB	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	06.00	- Mengobservasi tanda gejala infeksi(Do: tidak ada tanda gejala infeksi) - Menganjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dan kateter Dwi	Jumat, 12 Juni 2015 Pukul 06.00 WIB S: pasien mengatakan tidak nyeri ditangan kanan maupun kiri dan alat genetalia tidak ada keluhan O : - Pasien tampak terpasang infuse NaCl 0,9% 20 ttes/mnt ditangankiri - Pasien terpasangkateter no 16bersih - Area tusukan infuse bersih A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda gejalainfeksi - Beri perawatan pada areayang terpasang infus dankateter - Anjurkan untuk menjaga kebersihan area tusukan infus dankateter - Kolaborasi pemberian antibiotik kalauperlu Dwi

RENCANA KEPERAWATAN

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HR/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Selasa,9 Juni'15 07.30 WIB	Ansietas berhubungan dengan diagnosis kanker ditandaidengan : DS: Pasien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat penyakit kanker Pasien mengatakan cemas akan penyakitnya. Pasien mengatakan mengkhawatirkan anak-anaknya yang di Papua. Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pengen cepat pulang berharap bisa berkumpul lagi dengan keluarganya di Papua DO:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mengontrol ansietas dengan kriteria hasil: -menunjukkan berkurangnya kecemasan (bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki berkurang) - kontak matameningkat - mempraktekkan cara mengontrolkecemasan - Tanda-tanda vital batas normal TD: 110-120/70-80 mmHg N: 70-80 kli/mnt	- Kaji penyebabansietas - Observasi tingkat kecemasan(bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saatini - Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan (nafas panjang, menenangkan pikiran dengan hal-hal yang menarik) - Libatkan keluarga untuk mndampingi pasien	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 07.30 WIB - Memonitor TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt S:36°C - Melakukan pengkajian penyebab ansietas Dwi Pukul 08.00 WIB - mengobservasi tingkat kecemasan(Do: pasien masih bingung, khawatir,tegang, dan gemetar dikedua tangan dankaki) - Menganjurkan pasien untuk fokuspada	Selasa, 9 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - Pasien mengatakan kepikiran anak yang sedangberlayar O : - Pasien masih gemetar, keringat masih banyak, khawatir - Kontak mata pasien masih kurang A : Masalah ansietas teratasi sebagian. P : Lanjutkan Intervensi - Observasi tingkat kecemasan - Bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saatini

	Pasien bingung, khawatir dan tegang Kedua tangan dan kaki pasien gemetar Pasien sering berkeringat - nadi 84 kali/menit TD 120/80 mmHg RR 24 kali/menit S: 36°C	RR: 16-24 kli/mnt S: 36,5-37°C		- Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan - Libatkan keluarga untuk mndampingi pasien Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 1

Nama Klien : Ny.S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 14.00 WIB	Ansietas berhubungan dengan diagnosis kanker	17.15	- Memonitor TTV TD: 100/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt - Mengobservasi tingkat kecemasan(pasien tegang dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Mengajarkan teknik relaksasi untukmeredakan kecemasan dengan nafas dalam atau menenangkan pikiran - Melibatkan keluarga untuk mndampingi pasien Dwi	Selasa, 09 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : - O : - pasien menjawabsesuai yang diajukan saja - Pasien tidakterlalu banyak bicara - Kedua tangan dankaki masih gemetaran - pasien tampak gelisah - TTV TD: 100/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt A : Masalah ansietas teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - Observasitingkat kecemasan(bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saatini - Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan - Libatkan keluarga untuk mndampingipasien Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 2

Nama Klien : Ny.S
No. CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Selasa, 9 Juni 2015 21.00 WIB	Ansietas berhubungan dengan diagnosis kanker	06.00	- Mengobservasi tingkat kecemasan(pasien banyak keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Melibatkan keluarga untuk mndampingi pasien - MemonitorTTV TD: 120/80 mmHg N: 86 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : - O : - Pasiengemetaran - Kontak mata mulai meningkat, pasien mulai menatap ketika diajakberbicara - TTV TD: 120/80 mmHg N: 86 x/mnt RR: 24 x/mnt A : Masalah ansietas teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - Observasitingkat kecemasan(bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saatini - Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan - Libatkan keluarga untuk mndampingi pasien Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 3

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 08.00 WIB	Ansietas berhubungan dengan diagnosis kanker	12.15	- Memonitor TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : keluarga pasien mengatakan, pasien tenang kalau tidak diingatkan pada anaknya yang sedang berlayar
		13.30	- mengobservasi tingkat kecemasan(gemetar dikedua tangan dan kaki berkurang) - menganjurkan untuk memfokuskan pada situasi saat ini agar cepat sembuh dan bertemu keluarga - Melibatkan keluarga untuk mndampingi pasien Dwi	O : - Pasientenang - Ada kontak mataketika berkomunikasi - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt A : Masalah ansietas teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - Observasitingkat kecemasan(bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saatini - Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakankecemasan - Libatkan keluarga untuk mndampingi pasien Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 4

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 14.00 WIB	Ansietas berhubungan dengan diagnosis kanker	16.00	- Mengbservasi tingkat kecemasan(pasien tidak gemetaran, tidak berkeringat) - Membantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saat ini (pasien semangat dalam mengikuti prosedur tindakan perawatan) - Melibatkan keluarga untuk mndampingi pasien Dwi	Rabu, 10 Juni 2015 Pukul 21.00 WIB S : pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang O : - Pasien mulaiberfokus pada penyakitnya, pasin mulai semangat dalam menjalani pengobatan yang diberikan - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 22 x/mnt S: 36°C A : Masalah ansietas teratasi sebagian.
		18.00	- Memonitor TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 22 x/mnt Dwi	P : Lanjutkan intervensi - Observasitingkat kecemasan(bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saatini - Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan - Libatkan keluarga untuk mndampingipasien Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 5

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Rabu, 10 Juni 2015 21.00 WIB	Ansietas berhubungan dengan diagnosis kanker	06.00	- Mengobservasi tingkat kecemasan(pasien merasa nyaman karena salah satu anggota keluarga dari Papuadatang menengokknya) - Membantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saat ini (pasien mengikuti semua prosedur perawatan) - Melibatkan keluarga untuk mndampingi pasien(keluarga menyemangati pasien dalam kesembuhannya) - Memonitor TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 16 x/mnt Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 07.00 WIB S : pasien mengatakan ingin segera dikemoterapi dan pulang O : - Pasien selalu memperhatikan dan mengikuti prosedur perawatan dengan baik - TTV TD: 120/80 mmHg N: 84 x/mnt RR: 16 x/mnt S: 36°C A : Masalah ansietas teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - Observasi tingkat kecemasan(bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saatini - Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakankecemasan - Libatkan keluarga untuk mndampingi pasien Dwi

CATATAN
PERKEMBANGAN 6

NamaKlien : Ny. S
No.CM : 01.72.15.57 Ruang : Bougenvil 1 RSUP Dr.Sardjito

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	PELAKSANAAN	CATATAN PERKEMBANGAN (S O A P)
Kamis, 11 Juni 2015 08.00 WIB	Ansietas berhubungan dengan diagnosis kanker	08.00	- Mengobservasi tingkat kecemasan(pasien tidak bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Membantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saat ini - Melibatkan keluarga untuk mndampingi pasien Dwi	Kamis, 11 Juni 2015 Pukul 14.00 WIB S : - O : - pasien mulaiberfokus pada penyakitnya - ada kontakmata - pasien rilek, tidak tegang ditunjukkan dengan senyuman yang sesuai dengankeadaan - TTV TD: 110/70 mmHg N: 80 x/mnt RR: 24 x/mnt S: 36°C
		12.45	- Memonitor TTV TD: 110/70 mmHg N: 84 x/mnt RR: 24 x/mnt Dwi	A : Masalah ansietas teratasi P : Lanjutkan intervensi - Observasitingkat kecemasan(bingung, khawatir,tegang, keringat dan gemetar dikedua tangan dan kaki) - Bantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saatini - Ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan kecemasan - Libatkan keluarga untuk mndampingipasien Dwi