

**MENERAPAKAN ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN SISTEM PERKEMIHAN
CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)**

Disusun untuk memenuhi tugas mata kuliah proses keperawatan
dan berpikir kritis

Dosen pengampu : Giri Susilo S.Kep.,Ns.,M.Kep



1A S1 KEPERAWATAN NERS

Kelompok : 6

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1. Afrilia Citra Maulidya | SKA22023047 |
| 2. Amalia Maharani | SKA22023050 |
| 3. Anindya Zahra Saputri | SKA22023053 |
| 4. Safa Rahma Fajarwati | SKA22023077 |

PROGAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
NOTOKUSUMO YOGYAKARTA
2023/2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan makalah kami yang berjudul “Asuhan Keperawatan Kasus Sistem Perkemihan” untuk memenuhi tugas Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan makalah ini masih jauh dari kesempurnaan baik materi maupun cara penulisannya. Namun demikian, penulis telah berupaya dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga makalah dapat selesai dengan baik oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat berarti bagi kami besar harapan kami semoga makalah ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan serta memberi manfaat bagi pembaca. Aamiin

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
BAB 1 PENDAHULUAN.	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan	2
BAB II KONSEP DASAR CKD	3
A. Definisi	3
B. Etiologi	3
C. Tanda dan Gejala	4
D. Pemeriksaan Penunjang	5
E. Penatalaksanaan	5
F. Pengkajian	6
BAB III TINJAUAN KASUS	17
A. Pengkajian	17
B. Diagnosa	18
C. Intervensi	18
D. Implementasi	22
E. Evaluasi	26
DAFTAR PUSTAKA	27

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Gagal Ginjal merupakan masalah kesehatan masyarakat yang terjadi di seluruh dunia dan sekarang sudah tidak asing lagi bagi kalangan masyarakat Indonesia. Begitu banyak kondisi klinis yang menyebabkan terjadinya *Chronic Kidney Disease* (CKD). Akan tetapi apapun sebabnya, respon yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan *Chronic Kidney Disease* (CKD), biasanya di sebabkan dari ginjal sendiri dan di luar ginjal. Gagal ginjal biasanya dibagi menjadi dua kategori yang luas yaitu akut dan kronik. Gagal Ginjal Kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat (biasanya berlangsung beberapa tahun), sebaliknya gagal ginjal akut terjadi dalam waktu beberapa hari atau beberapa minggu. Pada kedua kasus tersebut, ginjal kehilangan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal.

Di Indonesia jumlah pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau sering disebut gagal ginjal kronik meningkat pesat dengan angka kejadian pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani hemodialisis dari tahun 2002 – 2006 adalah 2077, 2039, 2594, 3556, dan 4344. Data dari beberapa pusat penelitian yang terbesar di seluruh Indonesia melaporkan bahwa penyebab *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang menjalani dialysis adalah glomerulonefritis, penyakit ginjal obstruksi dan infeksi, hipertensi.

Pasien yang menderita gagal ginjal kronik biasanya terjadi atau mengalami gejala seperti : mual, muntah, kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, lelah dan lemah, pembengkakan kaki dan pergelangan kaki, gatal yang sulit hilang, nyeri di dada jika cairan menutupi sekitar selaput jantung, tekanan darah tinggi, sesak nafas jika cairan menumpuk di paru- paru. Pemeriksaan darah dan urin secara teratur setiap tahun sangat

di sarankan bagi orang-orang yang beresiko tinggi mengidap gagal ginjal kronis, antara lain jika memiliki tekanan darah tinggi, mengidap diabetes, dan memiliki riwayat keluarga pengidap penyakit gagal ginjal kronis.

B. Tujuan

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah :

1. Tujuan umum

Penulisan karya tulis ini bertujuan agar penulis mendapatkan pengalaman nyata dan dapat melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).

2. Tujuan khusus

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, di harapkan penulis mampu:

- a. Melaksanakan pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, rencana tindakan keperawatan, evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- b. Mendokumentasikan tindakan Asuhan Keperawatan padaTn.M dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- c. Mengidentifikasi factor pendukung dan menghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- d. Mampu melakukan analisis terhadap kesenjangan yang di dapatkan antara teori dan kasus.

BAB II

KONSEP DASAR *Chronic Kidney Disease* (CKD)

A. Definisi

Chronic kidney disease atau penyakit ginjal kronik didefinisikan sebagai kerusakan ginjal untuk sedikitnya 3 bulan dengan atau tanpa penurunan glomerulus filtraion rate (GFR).CKD juga merupakan suatu perubahan fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel. Pada gagal ginjal kronik, ginjal tidak mampu mempertahankan keseimbangan cairan sisa metabolisme sehingga menyebabkan penyakit gagal ginjal stadium akhir (Tery& Aurora, 2013).

Gagal Ginjal Kronik merupakan suatu kondisi dimana organ ginjal sudah tidak mampu mengangkut sampah sisa metabolik tubuh berupa bahan yang biasanya dieliminasi melalui urin dan menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa.

B. Etiologi

1. Gangguan pembuluh darah : berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah Aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi skleratik progresif pada pembuluh darah. Hyperplasia fibromaskular pada satu atau lebih artieri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak di obati, dikarakteristikkan oleh penebalan, hilangnya elastisitas system, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.
2. Gangguan imunologis : seperti glomerulonephritis
3. Infeksi : dapat dijelaskan oleh beberapa jenis bakteri terutama E.Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang

lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius bagian bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan irreversible ginjal yang disebut pielonefritis.

4. Gangguan metabolik : seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membrane kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membrane glomerulus.
5. Gangguan tubulus primer : terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
6. Obstruksi traktus urinarius : oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan kontstriksi uretra.
7. Kelainan kongenital dan herediter : penyakit polikistik sama dengan kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista atau kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal yang bersifat kongenital (hypoplasia renalis) serta adanya asidosis.

C. Tanda Gejala

1. Gangguan kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, effusi perikardik dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

2. Gangguan pulmoner

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels.

3. Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, nausea, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, pendarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi pendarahan mulut, nafas bau ammonia.

4. Gangguan integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh (Nahas & Levin, 2010).

D. Pemeriksaan penunjang

1. Radiologi

Ditujukan untuk menilai keadaan ginjal dan derajat komplikasi ginjal

- a. Ultrasonografi ginjal digunakan untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya massa kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
- b. Biopsi ginjal dilakukan secara endoskopik untuk menentukan sel jaringan untuk diagnosis histologis
- c. Endoskopi ginjal dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal
- d. EKG mungkin abnormal menunjukkan ketidaksinambungan elektrolit dan asam basa

2. Foto polos abdomen

Untuk menilai besar dan bentuk ginjal serta adakah batu atau obstruksi lain.

3. USG

Untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, anatomi sistem pelviskalis dan ureter proksimal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kandung kemih dan prostat.

4. Hemodialisa

5. Pemeriksaan laboratorium menunjang untuk diagnosis gagal ginjal

- a. Laju endap darah
- b. Urin

Volume, warna, berat jenis, osmolalitas.

E. Penatalaksanaan

1. Farmakologi

- a. Obat hipertensi

- b. Suplemen untuk anemia
- c. Obat diuretic
- d. Suplemen kalsium dan vitamin D
- e. Obat kortikosteroid

2. Non farmakologi

- a. Menjalankan diet khusus, yaitu dengan mengurangi garam serta membatasi asupan protein dan kalium.
- b. Berolahraga secara teratur
- c. Menurunkan berat badan

F. Pengkajian

1. Pengkajian

a. Biodata

Tidak ada spesifikasi khusus untuk kejadian CKD, namun laki-laki sering mengalami resiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat.

b. Keluhan utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada sistem sirkulasi- ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, diaforesis, fatigue, napas berbau urea, dan pruritus. Kondisi ini dipicu oleh karena penumpukan (akumulasi) zat sisa metabolisme/toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi.

c. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan yang dikemukakan sampai dibawa ke RS dan masuk ke ruang perawatan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Chronic Kidney Disease (CKD) dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab

(multikausa). Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegakan masalah. Kaji riwayat ISK, payah jantung, penggunaan obat yang bersifat nefrotoksis, BPH dan lain sebagainya yang mampu mempengaruhi kerja ginjal. Selain itu, ada beberapa penyakit yang langsung mempengaruhi/menyebabkan gagal ginjal yaitu diabetes mellitus, hipertensi, batu saluran kemih (urolithiasis).

e. Riwayat kesehatan keluarga

Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut hereditas. Kaji pola kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit.

f. Riwayat Psikososial

Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika klien memiliki coping adaptif yang baik. Pada klien gagal ginjal kronis, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu klien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisa. Klien akan mengurung diri dan lebih banyak berdiam diri (murung). Selain itu, kondisi ini juga dipicu oleh biaya yang dikeluarkan selama proses pengobatan, sehingga klien mengalami kecemasan.

g. Pola aktivitas sehari

1). Pola nutrisi

Kaji kebiasaan makan, minum sehari-hari, adakah pantangan makanan atau tidak, frekuensi jumlah makan dan minum dalam sehari. Pada pasien gagal ginjal

kronik akan ditemukan perubahan pola makan atau nutrisi kurang dari kebutuhan karena klien mengalami anoreksia dan mual/muntah.

2). Pola Eliminasi

Kaji kebiasaan BAB dan BAK, frekuensinya, jumlah, konsistensi, serta warna feses dan urine. Apakah ada masalah yang berhubungan dengan pola eliminasi atau tidak, akan ditemukan pola eliminasi penurunan urin, anuria, oliguria, abdomen kembung, diare atau konstipasi.

3). Pola istirahat tidur

Kaji kebiasaan tidur, berapa lama tidur siang dan malam, apakah ada masalah yang berhubungan dengan pola istirahat tidur, akan ditemukan gangguan pola tidur akibat dari manifestasi gagal ginjal kronik seperti nyeri panggul, kram otot, nyeri kaki, demam, dan lain-lain.

4). Personal Hygiene

Kaji kebersihandiri klien seperti mandi, gosok gigi, cuci rambut, dan memotong kuku. Pada pasien gagal ginjal kronik akan dianjurkan untuk tirah baring sehingga memerlukan bantuan dalam kebersihan diri.

5). Aktifitas

Kaji kebiasaan klien sehari-hari di lingkungan keluarga dan masyarakat. Apakah klien mandiri atau masih tergantung dengan orang lain. Pada pasien gagal ginjal kronik biasanya akan terjadi kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

h. Pemeriksaan fisik

1). Keadaan umum dan tanda-tanda vital

Kondisi klien gagal ginjal kronis biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran menurun sesuai dengan

tingkat uremia dimana dapat mempengaruhi system saraf pusat. Pada pemeriksaan TTV sering dipakai RR meningkat (tachypneu), hipertensi/hipotensi sesuai dengan kondisi fluktuatif.

a). Sistem pernafasan

Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologis gangguan. Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (Kussmaull).

b). Sistem kardiovaskuler

Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian gagal ginjal kronis salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi di atas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan bebanjantung.

c). Sistem pencernaan

Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit (stress effect), sering ditemukan anoreksia, nausea, vomit, dandiare.

d). Sistem hematologi

Biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT>3 detik, palpitasi jantung, gangguan irama jantung, dan gangguan sirkulasi lainnya. Kondisi ini akan semakin parah jika zat sisa metabolisme semakin tinggi dalam tubuh karena tidak efektif dalam ekresinya. Selain itu, pada fisiologis darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin.

e). Sistem Endokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas, klien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormon reproduksi. Selain itu, jika kondisi gagal ginjal kronis berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus, maka akan ada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme.

f). Sistem neuromuskuler

Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Oleh karena itu, penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami klien gagal ginjal kronis.

g). Sistem perkemihan

Dengan gangguan/kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi dan ekskresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output <400ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output).

h). Sistem integumen

Anemia dan pigmentasi yang tertahan menyebabkan kulit pucat dan berwarna kekuningan pada uremia. Kulit kering dengan turgor buruk, akibat dehidrasi dan atrofi kelenjar keringat, umum terjadi. Sisa metabolik yang tidak dieliminasi oleh ginjal dapat menumpuk di kulit, yang menyebabkan gatal atau pruritus. Pada uremia lanjut, kadar urea tinggi di keringat dapat menyebabkan bekuan uremik, deposit kristal urea di kulit.

i). Sistem muskuloskeletal

Dengan penurunan/kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi tulang, sehingga resiko terjadinya osteoporosis tinggi

2. Diagnosa

- a. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d Sesak napas, Edema ekstremitas dan asites (D.0022)
- b. Gangguan eliminasi urin b.d penurunan kapasitas kandung kemih d.d berkemih tidak tuntas (D.0009)
- c. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d sesak napas (D.0005)

3. Intervensi

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d Sesak napas, Edema ekstremitas dan asites	Setelah dillakuka Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan meningkat - Haluaran urin meningkat - Asupan makanan meningkat 	<p>Manajemen hypervolemia : L03114</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), Jika tersedia 4. Monitor Intake dan output cairan

		<p>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis, kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</p> <p>6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)</p> <p>7. Monitor efek samping diuretik (mis, hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)</p> <p>8. Monitor kecepatan infus secara ketat</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi :</p>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 2. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari 3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluanin cairan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara membatasi cairan 2. Kolaborasi pemberian diuretik 3. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic <p>Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.</p>
Gangguan eliminasi urin b.d penurunan kapasitas kandung kemih d.d berkemih tidak tuntas	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil :	<p>Manajemen eliminasi urine : L.04152</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine

	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi BAK membaik - Karakteristik urine membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3. Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 2. Batasi asupan cairan, jika perlu Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 2. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 3. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 4. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk
--	--	--

		<p>berkemih</p> <p>panggul/berkemihan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot 6. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 7. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu
<p>Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d sesak napas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka pola nafas lebih baik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nafas membaik - Kedalaman nafas membaik 	<p>Pemantauan respirasi :</p> <p>I.01014</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Auskultasi bunyi nafas 6. Monitor saturasi oksigen

		<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
--	--	---

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan yang dilakukan secara mandiri maupun dengan kolaborasi dengan multidisiplin yang lain. Perawat dapat bertanggung jawab kepada asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana digambarkan dalam rencana yang sudah dibuat.

5. Evaluasi

Menurut Tarwoto & Wartonah dalam (Wulandari, 2019) evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan baik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi setiap diagnosa keperawatan meliputi:

- a. Subjektif (S): Menuliskan keluhan pada pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan dan akan menjadi pertimbangan untuk tindakan selanjutnya.
- b. Objektif (O): data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi secara langsung kepada pasien untuk mengetahui perkembangan pasien.
- c. Analisa (A): Interpretasi yang diperoleh dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi, apakah masalah keperawatan teratasi atau belum teratasi sehingga akan dilakukan tindakan keperawatan selanjutnya.
- d. Planning (P): Perencanaan keperawatan yang akan dilakukan selanjutnya, dihentikan karena masalah keperawatan telah terpenuhi, dimodifikasi, atau ditambahkan dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

BAB III

Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD)

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Nama	: Tn. i
Umur	: 55thn
Jenis kelamin	: Laki-laki
Suku/bangsa	: -
Agama	: -
Pekerjaan	: -
Pendidikan	: -
Alamat	: -
No. Register	: -
Tanggal MRS	: 08 Mei 2024
Diagnosa Medis	: CKD

Penanggung jawab : -

2. Riwayat penyakit

- a. Keluhan utama : Kaki bengkak
- b. Riwayat penyakit sekarang : Pasien diantar ke RS dengan keluhan kaki bengkak selama 3 minggu dan gatal-gatal di kulit, disertai sesak napas, mual muntah dan tidak nafsu makan.
- c. Riwayat penyakit dahulu : Klien mempunyai Riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus tidak terkontrol selama ± 5 tahun.
- d. Riwayat penyakit keluarga : -

3. Pengkajian fisik

Kesadaran : -

TD 160/90 mmHg BB/TB 80kg/165cm

N 80x/menit R 24x/menit

- a. Kepala : Simetris, tidak ada keluhan
- b. Muka : Bengkak
- c. Mata : Simetris
- d. Hidung : Simetris, tidak ada keluhan/nyeri tekan
- e. Mulut : Simetris
- f. Telinga : Simetris, tidak ada keluhan
- g. Leher : Simetris, tidak ada keluhan
- h. Dada : Simetris, terdengar suara wheezing, sesak (+)
- i. Abdomen : Simetris
- j. Ekstremitas : Kulit kering dan bersisik

B. Diagnosa

1. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d bengkak kaki
2. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d sesak napas
3. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan d.d mual muntah dan tidak nafsu makan

C. Intervensi

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
<p>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d bengkak kaki</p>	<p>Setelah dillakuka Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan meningkat - Haluaran urin meningkat - Asupan makanan meningkat 	<p>Manajemen hypervolemia : L03114</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 10. Identifikasi penyebab hypervolemia 11. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), Jika tersedia 12. Monitor Intake dan output cairan 13. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis, kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 14. Monitor tanda peningkatan tekanen onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat) 15. Monitor efek samping diuretik (mis, hipotensi

		<p>ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)</p> <p>16. Monitor kecepatan infus secara ketat</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 5. Batasi asupan cairan dan garam 6. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan melapor jika haluanin urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 5. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari 6. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluanin cairan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan cara membatasi cairan 5. Kolaborasi pemberian diuretik
--	--	---

		<p>6. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic</p> <p>7. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.</p>
<p>Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d sesak napas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka pola nafas lebih baik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nafas membaik - Kedalaman nafas membaik 	<p>Pemantauan respirasi : I.01014</p> <p>Observasi :</p> <p>7. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas</p> <p>8. Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik)</p> <p>9. Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>10. Monitor adanya produksi sputum</p> <p>11. Auskultasi bunyi nafas</p> <p>12. Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>2. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>4. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>

<p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan d.d mual muntah dan tidak nafsu makan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik</p>	<p>Manajemen nutrisi ; I.03119</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Monitor asupan makan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3. Berikan suplemen makan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum
--	---	---

		makan(mis. Pereda nyeri, antimetik)
--	--	-------------------------------------

D. Implementasi

Diagnosa	Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d bengkak kaki	Rabu/08 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Membatasi asupan cairan dan garam 	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak di kaki selama 3 minggu</p> <p>DO : Pasien tampak lemas</p>
	Kamis/09 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Membatasi asupan cairan dan garam 5. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 6. Mengajarkan cara membatasi cairan 	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak sedikit berkurang</p> <p>DO : Pasien tampak lemas</p>
	Jum'at/10 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 	<p>DS : Pasien mengatakan bengkak dikaki berkurang</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan 4. Membatasi asupan cairan dan garam 5. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 6. Mengajarkan cara membatasi cairan 7. Mengkolaborasi pemberian diuretik 	DO : Pasien tampak tidak lemas
Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d sesak napas	Rabu/08 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Memonitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik) 3. Memonitor adanya produksi sputum 4. Mengauskultasi bunyi nafas 5. Memonitor saturasi oksigen 6. Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 	DS : pasien mengatakan sesak DO : Pasien tampak lemah

	Kamis/09 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik) 2. Memonitor kemampuan batuk efektif 3. Memonitor adanya produksi sputum 4. Mengauskultasi bunyi nafas 5. Memonitor saturasi oksigen 6. Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat inhaler (ventolin atau seretide) 	<p>DS : Pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>DO : RR 22x/menit</p>
	Jum'at/10 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kemampuan batuk efektif 2. Memonitor adanya produksi sputum 3. Mengauskultasi bunyi nafas 4. Memonitor saturasi oksigen 5. Melakukan kolaborasi dalam pemberian inhaler (ventolin atau seretide) 	<p>DS : Pasien mengatakan sudah tidak sesak</p> <p>DO : RR 20x/menit</p>

Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan d.d mual muntah dan tidak nafsu makan	Rabu/08 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi asupan makanan 3. Melakukan oral hygiene sebelum makan 4. Memberikan suplemen makan 	<p>DS : Pasien mengatakan mual muntah dan tidak nafsu makan</p> <p>DO : Pasien tampak lemas</p>
	Kamis/09 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi asupan makanan 3. Melakukan oral hygiene sebelum makan 4. Memberikan suplemen makan 5. Mensajikan makanan secara menarik 	<p>DS : Pasien mengatakan mual muntah berkurang dan nafsu makan sedikit bertambah</p> <p>DO : Pasien nampak menghabiskan makannya</p>
	Jum'at/10 mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi asupan makanan 3. Melakukan oral hygiene sebelum makan 4. Memberikan suplemen makan 5. Mensajikan makanan secara menarik 	<p>DS : Pasien mengatakan tidak mual muntah jika makan, nafsu makan membaik</p> <p>DO : Pasien tampak tidak lemas</p>

		6. Mengkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan	
--	--	--	--

E. Evaluasi

Diagnosa	Hari/tgl	Catatan perkembangan
Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d bengkak kaki	Jum'at/10 mei 2024	S : Pasien mengatakan bengkak dikaki berkurang O : Pasien tampak tidak lemas A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d sesak napas		S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak O : RR 20x/menit A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan d.d mual muntah dan tidak nafsu makan		S : Pasien mengatakan tidak mual muntah jika makan, nafsu makan membaik O : Pasien tampak tidak lemas

DAFTAR PUSTAKA

Saifuddin, A, 2014. *Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta : yayasan bina pustaka sarwono prawiharohardjo

- Terry, chyintia lee & Aurora weaver, 2013. *Keperawatan kritis*, yogyakarta : rapha publishing.
- Andriani, yuli. 2010. Penerapan model indeks tunggal dalam menghitung betasaham jakarta islamic index untuk mengukur resiko sistemis. *Jurnal penelitian sains* vol 13, no 2 (A).
- Brunner dan suddarth (2019). *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Suwitra K. 20013 . *Penyakit ginjal kronik* in: sudoyo AW, setiyohadi B, alwi L, et al, 3rd. Ed. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: internalpublishing.
- Tim pokja SDKI DPP PPNI (2019). Standar diagnosa keperawatan Indonesia. Dewan pengurus pusat PPNI:Jakarta selatan
- Tim pokja SLKI DPP PPNI (2019). Standar luaran keperawatan Indonesia. Dewan pengurus pusat PPNI:Jakarta selatan
- Tim pokja SIKI DPP PPNI (2019). Standar intervensi keperawatan Indonesia. Dewan pengurus pusat PPNI:Jakarta selatan

**MENERAPKAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
SISTEM MUSKOLOSKELETAL**

Disusun untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Proses Keperawatan dan Berpikir
Kritis

Dosen Pengampu :

Bapak Giri Susilo Adi S.Kep.,Ns.,M.Kep



Disusun oleh :

Jantica Baghrum Lingga Kusuma Dewi (SKA22023065)

Layla Rahmaningsih (SKA22023067)

Maya Setiyaningrum (SKA22023070)

Thalita Farrel Maharani (SKA22023080)

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA**

2024

DAFTAR ISI

JUDUL	1
DAFTAR ISI	2
BAB I PENDAHULUAN	3
A. Latar Belakang	3
B. Tujuan	4
BAB II	5
KONSEP DASAR MUSKOLOSKETAL	5
A. Definisi	5
B. Etiologi	5
C. Tanda Gejala	5
D. Pemeriksaan Penunjang	6
E. Penatalaksanaan	7
BAB III	9
ASUHAN KEPERAWATAN	9
A. Pengkajian	9
B. Diagnosa	13
C. Intervensi	13
D. Implementasi	16
E. Evaluasi	17
DAFTAR PUSTAKA	19

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) mengemukakan bahwa kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab kematian nomor 8 dan merupakan penyebab kematian teratas pada penduduk usia 15-29 tahun di dunia dan jika tidak ditangani dengan serius pada tahun 2030 kecelakaan lalu lintas akan meningkat menjadi penyebab kematian kelima di dunia. Pada tahun 2011-2012 terdapat 5,6 juta orang meninggal dunia dan 1,3 juta orang menderita fraktur akibat kecelakaan lalu lintas (Desiartama & Aryana, 2017).

Insiden fraktur femur di Indonesia merupakan yang paling sering yaitu sebesar 39% diikuti fraktur humerus (15%) fraktur tibia dan fibula (11%), dimana penyebab fraktur femur terbesar adalah kecelakaan lalu lintas yang biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil, motor, atau kendaraan rekreasi (62,6%) dan jatuh dari ketinggian (37,3%) dan mayoritas adalah pria (63,8%). Puncak distribusi usia pada fraktur femur adalah pada pria usia dewasa (15-34 tahun) dan orang tua (diatas 70 tahun) (Risnah et al, 2019).

Fraktur dapat menyebabkan komplikasi, morbiditas yang lama dan juga kecacatan apabila tidak mendapatkan penanganan yang baik (Padila, 2012). Komplikasi yang timbul akibat fraktur antara lain pendarahan, cedera organ dalam, infeksi luka, emboli lemak dan sindroma pernafasan. Banyaknya komplikasi yang ditimbulkan contohnya diakibatkan oleh tulang femur adalah tulang terpanjang, terkuat dan tulang paling berat pada tubuh manusia dimana berfungsi sebagai penopang tubuh manusia. Selain itu pada daerah tersebut terdapat pembuluh darah besar sehingga apabila terjadi cidera pada femur akan berakibat fatal (Desiartama & Aryana, 2017).

Fraktur terjadi akibat trauma, beberapa fraktur terjadi secara sekunder akibat proses penyakit seperti osteoporosis yang menyebabkan fraktur-fraktur yang patologis. Fraktur di bagi berdasarkan dengan kontak dunia luar, yaitu meliputi fraktur tertutup dan terbuka. Fraktur tertutup adalah fraktur tanpa adanya komplikasi, kulit masih utuh, tulang tidak keluar melalui kulit. Fraktur terbuka adalah fraktur yang merusak jaringan kulit, karena adanya hubungan dengan lingkungan luar, maka fraktur terbuka sangat berpotensi menjadi infeksi (Asrizal, 2014; Rahmawati et al, 2018).

Fraktur pada ekstremitas atas dan bawah dapat menyebabkan perubahan pada pemenuhan aktivitas. Perubahan yang timbul diantaranya adalah terbatasnya aktivitas, karena rasa nyeri akibat tergeseknya saraf motorik dan sensorik, pada luka fraktur (Smeltzer & Bare, 2013).

B. Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem muskuloskeletal (fraktur) akibat kecelakaan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

BAB II

KONSEP DASAR MUSKOLOSKETAL

A. Definisi

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Mansjoer et al, 2000). Sedangkan menurut Linda Juall C, dalam buku Nursing Care Plans and Documentation menyebutkan bahwa fraktur adalah rusaknya kontinuitas tulang yang disebabkan tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang diserap oleh tulang. Tulang merupakan bagian tubuh yang yang keras, namun jika diberi gaya tekan yang lebih besar daripada yang dapat diabsorpsi maka bisa terjadi fraktur.

Patah tulang tertutup adalah patah tulang yang dimana tidak ada hubungan antara fragmen tulang dengan dunia luar (Soedarman, 2000). Pendapat lain menyatakan bahwa patah tulang tertutup adalah suatu fraktur yang bersih (karena kulit masih utuh atau tidak robek) tanpa komplikasi (Handerson, M. A, 1992).

B. Etiologi

1. **Kekerasan Langsung**
Kekerasan langsung menyebabkan patah tulang pada titik terjadinya kekerasan. Fraktur demikian sering bersifat fraktur terbuka dengan garis patah melintang atau miring.
2. **Kekerasan Tidak Langsung**
Kekerasan tidak langsung menyebabkan patah tulang ditempat yang jauh dari empat terjadinya kekerasan. Yang patah biasanya adalah bagian yang paling lemah dalam jalur hantaran vektor kekerasan.
3. **Kekerasan Akibat Tarikan Otot**
Patah tulang akibat tarikan otot sangat jarang terjadi. Kekuatan dapat berupa pemuntiran, penekukan, penekukan dan penekanan, kombinasi dari ketiganya, dan penarikan.

C. Tanda Gejala

1. **Tanda dan Gejala fraktur**
Adanya fraktur ditandai dengan tanda-tanda pasti dan tanda-tanda palsu. Tanda-tanda asli artinya tanda tersebut memastikan adanya patah tulang sementara tanda-tanda palsu artinya tidak menutup kemungkinan disebabkan oleh gangguan lain. Tanda-tanda adanya fraktur yaitu :
 - Nyeri
 - Deformitas : perubahan bentuk
 - Krepitasi

- Bengkak
- Daerah fraktur mengalami peningkatan suhu (teraba panas)
- Pergerakan abnormal
- Ekimosis
- Kehilangan fungsi

D. Pemeriksaan Penunjang

1. Foto Rontgen
 - Untuk mengevaluasi pasien dengan kelainan muskuloskeletal
 - Melihat kepadatan tulang, tekstur, erosi, dan perubahan hubungan tulang
 - Melihat cairan, iregularitas, penyempitan, dan perubahan struktur sendi
2. Computed Tomography (CT scan)
 - Menunjukkan rincian bidang tertentu tulang yang terkena dan dapat memperlihatkan tumor jaringan lunak atau cedera ligament atau tendon.
 - Untuk mengidentifikasi lokasi dan panjangnya patah tulang yang sulit dievaluasi
 - Pemeriksaan dilakukan dengan atau tanpa kontras dan berlangsung sekitar 1 jam
3. Magnetic Resonance Imaging (MRI)
 - Adalah teknik pencitraan khusus, noninvasif, yang menggunakan medan magnet, gelombang radio dan computer untuk memperlihatkan abnormalitas jaringan lunak seperti otot, tendon, dan tulang rawan.
 - Karena menggunakan electromagnet, maka pasien yang mengenakan implan logam, braces atau pacemaker tidak dapat di MRI
 - Perhiasan harus dilepas
4. Angiografi
 - Pemeriksaan struktur vaskuler (system arteri)
 - Zat kontras diinjeksikan ke arteri tertentu, lalu difoto.
 - Bermanfaat untuk mengkaji perfusi arteri dan dapat digunakan untuk tingkat amputasi yang akan dilakukan
 - Setelah tindakan ini pasien dibiarkan berbaring selama 12-24 jam untuk mencegah pendarahan pada tempat penusukan
 - Pantau tanda vital, tempat penusukan untuk melihat adanya pembengkakan, pendarahan, dan hematoma
 - Kaji apakah sirkulasi ekstremitas bagian distal adekuat?
5. Venogram
 - Adalah pemeriksaan system vena yang sering digunakan untuk mendeteksi trombosis vena

6. Myelografi
 - Penyuntikan bahan kontras ke dalam rongga subarachnoid spinalis lumbal, dilakukan untuk melihat adanya herniasi diskus, stenosis spinal (penyempitan kanalis spinalis) atau adanya tumor.
7. Artrografi
 - Penyuntikan bahan radiopak atau udara ke rongga sendi untuk melihat struktur jaringan lunak dan kontur sendi
 - Sendi diposisikan dalam kisaran pergerakannya sambil dilakukan serial sinar -X
 - Sangat berguna untuk mengidentifikasi adanya robekan akut atau kronik kapsul sendi atau ligament penyangga lutut, bahu, tumit, pinggul, dan pergelangan tangan
 - Bila ada robekan zat kontras akan merembes keluar dari sendi dan terlihat pada sinar -X
 - Setelah pemeriksaan sendi diimobilisasi selama 12-24 jam dan dibalut tekan elastis
8. Artrosentesis (aspirasi sendi)
 - Dilakukan untuk memperoleh cairan sinovial untuk keperluan pemeriksaan atau menghilangkan nyeri akibat efusi.
 - Aspirasi dilakukan dengan menggunakan jarum yang dimasukkan ke dalam sendi dengan teknik aseptis
 - Balut pada tempat penusukan
 - Normalnya cairan synovial : jernih, pucat berwarna seperti Jerami dan volumenya sedikit
 - Periksa makroskopis : jumlah, mengidentifikasi sel, melakukan pewarnaan gram dan mengetahui elemen penyusunnya. Berguna untuk mendiagnosis arthritis rheumatoid dan atrofi inflamasi serta hemartrosis (pendarahan rongga sendi)

E. Penatalaksanaan

Tatalaksana fraktur yang tepat akan dapat mengurangi nyeri, kecacatan dan komplikasi yang berat. Prinsip-prinsip penanganan kegawatdaruratan pada kasus fraktur :

1. Imobilisasi bagian tubuh yang mengalami fraktur sebelum korban di pindah
2. Jika pasien harus dipindah sebelum dipasang splint (bidai), tahan bagian atas dan bawah daerah fraktur untuk mencegah rotasi atau anguler
3. Pembidaikan dilaksanakan secara adekuat terutama pada sendi-sendi bagian fraktur
4. Pada tungkai kaki, kaki yang sehat dapat digunakan menjadi bidai

5. Pada ekstermitas atas, lengan dipasang plester elastic ke dada atau lengan bawah dipasang sling
6. Status neurovaskuler bagian bawah frajtur dikaji untuk menentukan adekuasi perfusi jaringan perifer dan fungsi syaraf

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

KASUS :

Ny. D usia 40 tahun dibawa ke IGD RS “K” setelah mengalami kecelakaan sepeda motor dengan keluhan klien datang ke Ruang 3A RSUD Kota Tasikmalaya diantarkan oleh keluarga dan perawat. Klien terlihat datang dalam kondisi pingsan. Klien mengatakan bahwa nyer ditimbulkan akibat kecelakaan lalu lintas. Klien tertabrak kendaraan roda 2. Klien mengatakan nyeri timbul saat bergerak maupun tidak. Nyeri timbul dibagian kaki kanan dengan sensasi terbakar atau seperti ditusuk-tusuk dan tertimpa beban berat. Nyeri yang terasa berkisar 7-9 (sangat nyeri). Klien tampak lemah, dan meringis saat bergerak, semua aktivitas memerlukan bantuan keluarga.

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Ny.D
Umur : 44 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan terakhir : S1
Pekerjaan : Guru
Alamat : Tasikmalaya

2. Penanggung Jawab

Nama : Tn.A
Umur : 45 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Alamat : Tasikmalaya
Pekerjaan : Polri
Hubungan dengan klien : Suami

3. Riwayat Kesehatan Pasien

a. Keluhan utama saat masuk RS

Pasien pingsan kemudian sadar dan mengatakan nyeri akibat kecelakaan lalu lintas. Nyeri di bagian kaki kanan seperti ditusuk-tusuk, terbakar dan tertimpa beban berat. Nyeri menyebar ke bagian pinggul, dengan skala nyeri 7-9 (1-10)/sangat nyeri, nyeri timbul saat bergerak maupun tidak. Nyeri dirasakan setelah kecelakaan.

- b. Riwayat penyakit sekarang
Fraktur kaki
 - c. Riwayat penyakit dahulu yang pernah diderita
-
 - d. Diagnosa medik saat MRS
Fraktur kaki kanan
 - e. Tindakan yang telah dilakukan di IGD
Pemberian injeksi anti nyeri, pasien dilakukan rongten, pasien dilakukan fiksasi/pembidayan sebelum operasi
 - f. Program terapi dokter
Pemberian terapi jalan menggunakan tongkat/penopang
4. Pengkajian Pola Gordon
- a. Presepsi kesehatan – Pola manajemen kesehatan
 - 1. Riwayat penyakit sekarang, penyebab, upaya pengobatan yang telah dilakukan
 - fraktur disebabkan oleh kecelakaan
 - dilakukan pengobatan dengan operasi
 - pasien dilakukan rongten kemudian difiksasi/pembidayan
 - 2. Pengetahuan pasien tentang penyakitnya, penyebab, cara perawatannya serta pencegahannya
 - Pasien mengetahui tentang penyakit serta penyebabnya, namun belum sepenuhnya tahu tata cara perawatannya dengan benar
 - 3. Riwayat penyakit dahulu
-
 - b. Pola nutrisi – metabolisme
 - DS : Pasien mengatakan tidak terjadi perubahan pola makan setelah sakit
 - DO : Pasien terlihat tidak ada perubahan berat badan sebelum ataupun setelah mengalami fraktur
 - c. Pola eliminasi
 - DS : Pasien mengatakan sedikit kesulitan melakukan eliminasi urine serta fekal karena patah kaki yang dialaminya
 - DO : Pasien terlihat kesusahan melakukan BAK dan BAB
 - d. Pola aktivitas – latihan
 - DS : Pasien mengatakan kesulitan berjalan dan terbatas melakukan aktivitas
 - DO : Pasien tampak merintih kesakitan ketika menggerakkan bagian dari kakinya
 - e. Pola tidur – istirahat
 - DS : Pasien mengatakan susah tidur karena posisi yang kurang nyaman/terbatas

- DO : Pasien terlihat cemas serta ekspresi wajah mengerutkan dahi
- f. Pola persepsi – kognitif
 - DS : Pasien mengatakan cemas terhadap penyakitnya, pasien mengatakan khawatir jika tidak ada yang menemani
 - DO : Pasien tampak bahagia ketika suami serta adanya berada didekatnya

B. DATA FOKUS

DS :

- Pasien mengatakan nyeri akibat kecelakaan
- Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, terbakar, dan tertimpa beban berat
- Pasien mengatakan nyeri menyebar ke bagian pinggul
- Pasien mengatakan skala nyeri 7-9(1-10)/ sangat nyeri
- Pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak maupun tidak
- Pasien mengatakan nyeri dirasakan setelah kecelakaan

DO :

- Pasien terlihat merintih kesakitan
- Pasien terlihat memegang kaki bagian kanan
- Pasien terlihat mengerutkan dahi
- Pasien terlihat tidak bisa menggerakkan kaki
- Hasil TTV :
 - TTD : 120/90 mmHg
 - Nadi : 105x per menit
 - RR : 26x per menit
 - T : 36°C

C. ANALISIS DATA

DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
DS <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri kaki kanan akibat kecelakaan lalu lintas • Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan seperti ditusuk tusuk terbakar, terbakar dan tertimpa beban berat 	Fraktur femur tertutup ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan / fragmen tulang ↓ Merangsang hipotalamus mengeluarkan mediator kimia (prostaglandin) ↓ Nyeri	Nyeri

<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri menyebar kebagian pinggul • Pasien mengatakan skala nyeri 7-9 (1-10) (sangat nyeri) • Pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ BB=55kg ➤ TB= 160cm ➤ TD=120/90mmg ➤ Nadi=105x/menit ➤ RR= 26x/ menit ➤ T=36°C 		
<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan terbatas melakukan aktivitas dan kesulitan berjalan • Pasien mengatakan sedikit kesulitan untuk eliminasi urine karena patah kaki yang dialami • Pasien mengatakan sedikit kesulitan untuk eliminasi fekal karena patah kaki yang dialami <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasien terlihat tidak dapat berjalan ❖ Pasien hanya berbaring ditempat tidur 	<p>Fraktur femur ↓ Terputusnya hubungan tulang ↓ Ketidakmampuan melakukan pergerakan kaki ↓ Imobilisasi</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>
<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan cemas terhadap sakitnya • Pasien mengatakan takut kaki kanan tidak bisa Kembali 	<p>Fraktur femur ↓ Kelemahan fisik ekstrimitas kanan bawah ↓ Defisit kepercayaan diri</p>	<p>Defisit kepercayaan diri</p>

<p>seperti semula/ normal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak bisa memenuhi peran sebagai ibu dan istri serta sebagai guru • Pasien mengatakan takut/ khawatir jika keluarga tidak ada yang menemani Ketika ia sakit 		
---	--	--

B. Diagnosa

a. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan , post operasi fraktur ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan, nyeri seperti di tusuk tusuk, terbakar dan tertimpa benda berat, nyeri menyebar hingga kebagian pinggul, nyeri timbul saat melakukan aktivitas maupun tidak dengan skala nyeri 7-9 (1-10).

- BB : 55kg
- TB : 160 cm
- TD :120/90mmHg.
- N : 105 x/mnt
- RR : 26 x/mnt
- T : 36°C

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan angka neuromuscular nyeri ditandai dengan pasien mengatakan nyeri bertambah ketika banyak aktivitas, pasien kesulitan melakukan eliminasi urine maupun fekal, aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan alat.

c. Defisit kepercayaan diri berhubungan dengan gangguan kecemasan ditandai dengan pasien mengatakan cemas terhadap sakitnya, takut jika kaki kanan tidak bisa kembali normal, tidak bisa memenuhi peran sebagai istri, ibu serta guru, takut dan khawatir jika keluarga tidak ada yang menemani ketika pasien sakit.

C. Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan post op fraktur	<p>Tujuan jangka panjang : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang</p> <p>Tujuan jangka pendek : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menjelaskan kembali tentang nyerinya • Pasien mau melakukan teknik relaksasi • Skala nyeri berkurang, dari skala 4 menjadi skala 2 • TTV dalam batas normal <p>TD : 120/90 mmHg T : 36°C N : 80x/menit RR : 19x/menit</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat nyeri dan kaji tanda vital 2. Jelaskan bahwa nyeri yang terjadi beberapa jam post operasi 3. Ajarkan teknik relaksasi 4. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetic 5. Kontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk menentukan intervensi selanjutnya 2) Nyeri post operasi terjadi sampai 6 jam setelah operasi 3) Untuk mengurangi nyeri 4) Obat analgetik diharapkan dapat mengurangi nyeri 5) Untuk memberikan kenyamanan dan menghindari terjadinya resiko jatuh
2.	Hambatan mobilitas fisik	<p>Tujuan jangka Panjang : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi keterbatasan gerak pasien dan catat respon pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui seberapa jauh tingkat perubahan fisik pasien

		<p>hambatan mobilitas fisik teratasi</p> <p>Tujuan jangka pendek : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan pasien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menjalankan kembali tentang mobilitas fisik • Pasien mampu mendemonstrasikan ulang tentang mobilitas fisik • Tonus otot bertambah kuat 	<p>terhadap imobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan pada pasien untuk berlatih secara aktif/pasif dari latihan ROM 3. Monitorig tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan 4. Konsultasikan dengan ahli terapi fisik/spesialis, rehabilitasi 5. Atur posisi yang nyaman 	<p>(keterbatasan gerak)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Dapat menambah dari aliran darah keotot dan tulang melakukan gerakan sendi dapat mencegah kontraktur 3) Untuk mengetahui normal atau tidaknya struktur tubuh 4) Konsultasi dengan ahli terapi dapat menciptakan program aktivitas, latihan individu 5) Untuk meningkatkan kenyamanan pasien
3.	Defisit kepercayaan diri berhubungan dengan gangguan kecemasan	<p>Tujuan jangka panjang : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x12 jam diharapkan defisit kepercayaan diri teratasi</p> <p>Tujuan jangka pendek : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring spiritual pasien untuk menenangkan diri 2. Dorong pasien untuk melakukan prosedur selama dirawat 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengetahui cara untuk mengatasi kecemasan 2) Menyatakan tenang setelah meingkatnya rasa percaya diri 3) Untuk pengetahuan pasien

		<p>diharapkan pasien dapat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak merasa cemas terhadap sakitnya • Pasien dapat mengatasi rasa takut yang berlebihan • Keluarga dapat bekerja sama dalam pemenuhan kebutuhan pasien 	<p>3. Memberikan pengertian bahwa ketenangan diri sangat penting</p> <p>4. Ajarkan keluarga untuk menolong pasien jika pasien tidak mampu melakukan sendiri</p>	<p>4) Dapat melakukan aktivitas dengan bantuan keluarga</p>
--	--	---	---	---

D. Implementasi

No	Tanggal	Implementasi	paraf
1.	Rabu, 3 April 2024	<p>T1 = Mengkaji nyeri dan tanda-tanda vital R1 = Skala nyeri 7-9 T = 36°C N = 80x/menit RR = 19x/menit TD = 120/90mmHg</p> <p>T2 = Mengajarkan teknik relaksasi R2 = Nyeri berkurang</p> <p>Pemberian obat analgetic katarolac 2x1 500mg, vacillin 2x1 1,5gr Pasien terlihat sedikit tenang, nyeri berkurang</p>	
2.	Kamis, 4 April 2024	Memonitor aktivitas dan mobilisasi keterbatasan gerak pasien	

		<p>R1 = Pasien berdiri dibantu oleh keluarga dan alat</p> <p>T2 = Mengajarkan miring kanan dan kiri</p> <p>R2 = Pasien bisa melakukan tetapi masih dibantu</p> <p>Memberi tahu pasien dan keluarga tentang pentingnya mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga paham dan bisa mendemonstrasikan mobilisasi 	
3.	Jumat, 5 April 2024	<p>T1 = Mencuci tangan sebelum dan sesudah Tindakan</p> <p>R1 = Mencuci tangan dengan sabun</p> <p>T2 = Mengganti balutan luka Baluan terpasang dengan baik, tidak basah dan pasien merasa nyaman</p> <p>T3 = Kolaborasi pemberian antibiotic ketorolac 1x500mg</p> <p>R3 = Nyeri berkurang dan pasien tampak tenang</p>	
4.	Sabtu, 6 April 2024	<p>Memonitoring spiritual pasien untuk menenangkan diri</p> <p>Mengajarkan keluarga untuk selalu menolong pasien saat pasien membutuhkan bantuan</p> <p>Keluarga dapat bekerjasama dalam melakukan asuhan keperawatan</p>	

E. Evaluasi

No	Tanggal	Dx	Evaluasi
----	---------	----	----------

1.	Sabtu, 20 April 2024	Nyeri akut trauma jaringan post operasi fraktur	<p>S : Pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah tidak tampak meringis lagi • Skala nyeri 4 • Pasien paham relaksasi <p>A : Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan teratasi Sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
2.	Sabtu, 20 April 2024	Hambatan mobilitas fisik	<p>S : Pasien mengatakan sudah mulai bisa beraktivitas sedikit-sedikit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah bisa duduk sendiri • Aktivitas nampak masih dibantu keluarga <p>A : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan fraktur teratasi Sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
3.	Sabtu, 20 April 2024	Defisit kepercayaan diri berhubungan dengan gangguan kecemasan	<p>S : Pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang</p> <p>O :</p>

			<ul style="list-style-type: none">• Pasien terlihat tenang dan bisa tertawa• Keluarga selalu membantu saat pasien butuh bantuan• Pasien terlihat semangat untuk cepat sembuh dari sakitnya <p>A : Defisit kepercayaan diri teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
--	--	--	---

DAFTAR PUSTAKA

- Widiyawati, A., & Mardalena, I. (2018). *PENERAPAN MOBILISASI DINI PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI FRAKTUR FEMUR DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS DI RSUD SLEMAN* (Doctoral dissertation, poltekkes kemenkes yogyakarta).
- Indrawan, R. D., & Hikmawati, S. N. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal Post Op Orif Hari Ke-1 Akibat Fraktur Femur Sinistra 1/3 Proximal Complete. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(10), 1345-1359.
- Sumantrie, P. (2022). Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Paska Orif Fraktur Femur Dextra Dengan Intervensi Terapi Musik Di Rumah Sakit Advent Medan. *Jurkessutra: Jurnal Kesehatan Surya Nusantara*, 10(2).
- Huraini, E., & Surmasih, G. (2019). Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Stres Pada Pasien Fraktur. *NERS Jurnal Keperawatan*, 10(2).
- FRAKTUR, B. K. A. TANDA-TANDA FRAKTUR. *Hak Cipta© dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang*, 58.



BERFIKIR KRITIS : IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

GIRI SUSILO ADI Skep.Ns.,MKep



PROSES KEPERAWATAN

PROSES KEPERAWATAN ADALAH SUATU METODE YANG SISTEMATIS DAN

TERORGANISASI DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN, YANG DIFOKUSKAN PADA REAKSI DAN RESPONS UNIK INDIVIDU PADA SUATU KELOMPOK ATAU PERORANGAN TERHADAP GANGGUAN KESEHATAN YANG DIALAMI, BAIK ACTUAL MAUPUN POTENSIAL

MERUPAKAN SUATU METODE PEMECAHAN MASALAH BAIK SECARA EPISODIC MAUPUN SECARA LINIER.

PROSES KEPERAWATAN TERDIRI ATAS LIMA TAHAP, YAITU : PENGKAJIAN, DIAGNOSIS, PERENCANAAN, IMPLEMENTASI, DAN EVALUASI.

SETIAP TAHAP DARI PROSES KEPERAWATAN SALING TERKAIT DAN KETERGANTUNGAN SATU SAMA LAIN





PENGERTIAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

- ▶ Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 1997).
- ▶ serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan
- ▶ Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari

TUJUAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

- Tujuan dari pelaksanaan/implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan, penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.
- Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan

PRINSIP IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

- ~~pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana~~
- keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan.
- Proses Pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan

tiga kategori dari implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2000)

- Cognitive implementations

Meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan,

Tipe implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2000)

- Interpersonal implementations

yaitu Meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain

- Technical implementations

yaitu Meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan,

PELAKSANAAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

1. Independent implementations adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan

- membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL),
- memberikan perawatan diri,
- mengatur posisi tidur,
- menciptakan lingkungan yang terapeutik,
- memberikan dorongan motivasi,
- kebutuhan psiko-sosio-spiritual,
- perawatan alat invasive yang dipergunakan klien,
- melakukan dokumentasi,

PELAKSANAAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

2. Interdependen/ Collaborative implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter.

(pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT))

3. Dependent implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog . (pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi)



Ada tiga prinsip pedoman implementasi keperawatan (Haryanto,2007),

1. **Memberikan asuhan yang efektif**

semakin baik pengetahuan dan pengalaman seorang perawat, maka semakin efektif asuhan yang diberikan.

2. **Mempertahankan keamanan klien** ,merupakan focus utama dalam melakukan tindakan.

3. **Memberikan asuhan seefisien mungkin**

perawat dalam memberikan asuhan dapat menggunakan waktu sebaik mungkin sehingga dapat menyelesaikan masalah klien.



Tahap – Tahap Implementasi

Tahap I: Persiapan

merupakan tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan.

- Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan
- menganalisa pengetahuan dan ketrampilan keperawatan yang diperlukan
- mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul,
- menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan,
- mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai dengan tindakan,
- mengidentifikasi aspek hukum dan etik terhadap resiko dari potensi tindakan.



Tahap – Tahap Implementasi

- ▶ Tahap II: Intervensi merupakan tahap yang berfokus pada pelaksanaan tindakan

perawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan ini meliputi:

a. Independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe tindakan independen keperawatan dapat dikategorikan menjadi tindakan diagnostik, tindakan terapeutik, tindakan edukatif, dan tindakan merujuk,

- ▶ interdependen menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga Kesehatan lain ,misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter,

Tahap – Tahap Implementasi

- Tahap III: Dokumentasi merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Termasuk mencatat respon pasien setelah Pelaksanaan implementasi



Menurut Wilkinson (2007) implementasi yang bisa dilakukan oleh perawat

- ▶ Delegate (mendelegasikan):

pelaksanaan order bisa didelegasikan hanya saja ada beberapa tanggung jawab yang perlu dicermati oleh pemberi delegasi yaitu apakah tugas tersebut tepat untuk didelegasikan, apakah komunikasi tepat dilakukan, dan apakah ada supervise atau pengecekan aktivitas yang didelegasikan.

- ▶ Record (mencatat), pencatatan bisa dilakukan dengan berbagai format tergantung pilihan dari setiap institusi.



Metode Implementasi

- ▶ membantu dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari merupakan aktivitas Kehidupan Sehari-Hari (AKS) adalah aktivitas yang biasanya dilakukan sepanjang hari/normal,
- ▶ Konseling merupakan metoda implementasi yang membantu klien menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengenali dan menangani stres dan yang memudahkan hubungan interpersonal diantara klien, keluarga dan tim perawat Kesehatan
- ▶ Penyuluhan Digunakan menyajikan prinsip, prosedur dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan untuk klien
- ▶ Memberikan Asuhan Keperawatan Langsung untuk mencapai tujuan terapeutik klien, perawat melakukan intervensi untuk mengurangi reaksi yang merugikan dengan menggunakan tindakan pencegahan dan preventive dalam memberikan asuhan.

MAKALAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. "P"
DENGAN DIAGNOSA KANKER SERVIKS STADIUM 3B**

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Proses Keperawatan Dan Berpikir
Kritis

Dosen Mata Ajar Bapak Giri Susilo Adi S.Kep.,Ns.,M.kep



Kelas 1A

Kelompok IV

1. Alfian Dion Andriansyah (SKA22023049)
2. Cahyaningtyas Nianda Jati (SKA22023054)
3. Fanny Kumalasari (SKA22023060)

PROGRAM STUDI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO

YOGYAKARTA

2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah S.W.T yang telah memberikan rahmat dan hidayah- Nya sehingga dalam penulisan dan penyusunan makalah yang berjudul

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. “P” Dengan Diagnosa Kanker Serviks Stadium 3b”

diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

Tidak lupa juga kami ingin mengucapkan terimakasih, rasa hormat, dan penghargaan kepada pihak-pihak yang membantu dalam penyusunan makalah ini, terutama kepada Dosen Mata Kuliah Proses keperawatan dan berpikir kritis Bapak Giri Susilo Adi S.Kep.,Ns.,M.kep

Sebagai penyusun, kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan, baik dari penyusunan maupun tata bahasa penyampaian dalam makalah ini. Oleh karena itu, dengan rendah hati menerima saran dan kritik dari pembaca agar kami dapat memperbaiki makalah ini.

Kami berharap semoga makalah yang kami susun ini memberikan manfaat dan juga inspirasi untuk pembaca

Yogyakarta, 18 April 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

COVER	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan	2
BAB II KONSEP DASAR KANKER SERVIKS	
A. Definisi Kanker Serviks.....	4
B. Etiologi Kanker Serviks.....	5
C. Tanda Dan Gejala Kanker Serviks.....	8
D. Pemeriksaan Penunjang Kanker Serviks.....	9
E. Penatalaksanaan Kanker Serviks.....	12
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	
A. Pengkajian.....	16
B. Diagnosa.....	30
C. Intervensi.....	31
D. Implementasi.....	52
E. Evaluasi.....	52
DAFTAR PUSTAKA.....	59

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker serviks adalah salah satu penyebab utama kematian akibat kanker pada wanita di Afrika Barat, Timur, Tengah dan Selatan. Tiongkok dan India menyumbang lebih dari sepertiga kasus di seluruh dunia, dengan 106.000 kasus di Tiongkok dan 97.000 kasus di India pada tahun 2018. Menurut data dari studi Burden of Cancer (Globucan) yang diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) .), total kasus kanker serviks di seluruh dunia pada tahun 2020 mencapai 604.127 kasus dengan total kematian 341.831 orang. Insiden kanker serviks di seluruh dunia adalah sekitar 13,1 per 100.000 wanita.

Tingginya angka kejadian kanker serviks di Indonesia membuat kanker serviks masih menjadi masalah kesehatan utama dan salah satu penyebab kematian utama. Pada tahun 2020, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat kejadian kanker serviks di Indonesia sebanyak 36.633 kasus atau mencakup 9,2% dari seluruh kasus kanker dan menduduki peringkat kedua setelah kanker payudara. Kanker serviks merupakan salah satu jenis kanker yang terjadi pada organ tersebut. . Saluran reproduksi wanita, khususnya leher rahim, merupakan pintu masuk menuju rahim yang terletak di antara rahim (rahim) dan saluran kelamin (vagina).

Berbeda dengan jenis kanker lainnya, kanker serviks merupakan satu-satunya jenis kanker yang disebabkan oleh infeksi, khususnya infeksi virus human papilloma (HPV) penyebab kanker. Virus ini bisa menular saat berhubungan seks, terutama dengan pasangan yang sering berganti-ganti. Penularan virus ini dapat terjadi melalui penularan genital-to-genital, oral-to-genital, atau hand-to-genital. Ada sekitar 130 jenis virus HPV dan jenis yang paling sering menginfeksi manusia adalah tipe 6, 11, 16 dan 18.

Tipe 16 dan 18 merupakan jenis yang mempunyai angka penyebab kanker serviks yang tinggi

B. Tujuan

Makalah ini bertujuan untuk memberikan pemahaman mendalam kepada mahasiswa dan perawat tentang pentingnya asuhan keperawatan yang holistik bagi pasien kanker serviks. Melalui penjelasan yang komprehensif, mahasiswa dan perawat akan memahami pentingnya deteksi dini, intervensi yang tepat, dan perawatan yang terkoordinasi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien serta membantu mereka menghadapi tantangan fisik, emosional, dan sosial yang terkait dengan kondisi ini. Selain itu, makalah ini juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran akan faktor risiko, pencegahan, dan strategi pengelolaan kanker serviks, sehingga mahasiswa dan perawat dapat menjadi agen perubahan dalam mempromosikan kesehatan reproduksi dan mencegah penyebaran penyakit ini di masyarakat.

Dengan memahami tujuan dan prinsip-prinsip asuhan keperawatan kanker serviks, mahasiswa dan perawat akan mampu memberikan perawatan yang lebih efektif dan berdaya guna bagi pasien mereka. Melalui penekanan pada pendekatan multidisiplin dan pemahaman akan kebutuhan holistik pasien, makalah ini juga bertujuan untuk memperkuat keterampilan komunikasi dan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. Dengan demikian, diharapkan bahwa makalah ini akan menjadi sumber pengetahuan yang berharga bagi mahasiswa dan perawat, memperkuat praktek-praktek asuhan keperawatan yang berkualitas, dan meningkatkan hasil kesehatan serta kualitas hidup bagi pasien kanker serviks

Melalui pemahaman yang kuat tentang teknik komunikasi yang efektif, mahasiswa dapat mengembangkan keterampilan untuk mendengarkan dengan empati, memberikan dukungan, dan mengelola konflik potensial

dengan pasien yang mengeluh. Dengan demikian, mereka dapat membangun hubungan yang positif dan memperkuat kepercayaan antara pasien dan tenaga kesehatan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan medis dan hasil keseluruhan dalam perawatan kesehatan.

Selain itu, mempelajari manajemen pasien yang komplain juga membantu mahasiswa keperawatan memahami pentingnya komunikasi yang tepat dalam menangani situasi yang mungkin tidak kondusif. Mereka belajar bagaimana menyampaikan informasi dengan jelas, menenangkan pasien yang cemas, dan menangani keluhan dengan profesionalisme, tidak hanya meningkatkan kemampuan klinis mereka dalam menangani pasien yang mengeluh, tetapi juga memperkuat keterampilan interpersonal yang krusial dalam profesi kesehatan.

BAB II

KONSEP DASAR KANKER SERVIKS

A. Definsi Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan tumor ganas primer pada mulut rahim (serviks uteri). Kanker serviks merupakan jenis kanker terbanyak kedua pada wanita dan penyebab lebih dari 250.000 kematian di dunia pada tahun 2005 (Rasjidi, et al., 2010).

Kanker serviks adalah proses keganasan atau bisa disebut juga tumbuhnya tumor ganas pada leher rahim/serviks (bagian terendah dari rahim yang menempel pada puncak vagina) sehingga jaringan disekitarnya tidak dapat melaksanakan fungsi sebagaimana mestinya (Sukaca, 2009).

Kanker serviks adalah tumor ganas yang tumbuh pada serviks adalah tumor ganas yang tumbuh pada serviks yang merupakan pintu masuk kearah rahim (uterus) yang terletak antara rahim dan liang senggama (vagina). Kanker ini biasanya terjadi pada wanita yang telah berumur diatas 30 tahun, tetapi bukti statistic menunjukkan bahwa kanker serviks juga dapat terjadi pada wanita yang berumur antara 22 sampai 55 tahun (Dianada, 2009)

B. Etiologi

1. Faktor Presipitasi

Ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker serviks menurut (Rasjidi, 2009), antara lain adalah :

a. Hubungan seks pada usia muda atau pernikahan pada usia muda

Faktor ini merupakan faktor risiko utama. Semakin muda seorang perempuan melakukan hubungan seks, semakin besar risikonya untuk terkena kanker serviks. Berdasarkan penelitian para ahli, perempuan yang melakukan hubungan seks pada usia kurang dari 17 tahun mempunyai resiko 3 kali lebih besar daripada yang menikah pada usia lebih dari 20 tahun.

b. Berganti-ganti pasangan seksual

Perilaku seksual berupa gonta - ganti pasangan seks akan meningkatkan penularan penyakit kelamin. Penyakit yang ditularkan, salah satunya adalah infeksi Human Papilloma Virus (HPV) telah terbukti dapat meningkatkan timbulnya kanker serviks, penis dan vulva. Resiko terkena kanker serviks menjadi 10 kali lipat pada wanita yang mempunyai partner seksual 6 orang atau lebih. Di samping itu, virus herpes simpleks tipe 2 dapat menjadi faktor pendamping

c. Faktor genetik

Terjadinya mutasi sel pada sel epitel skuamosa serviks yang menyebabkan terjadinya kanker serviks pada wanita dapat diturunkan melalui kombinasi genetik dari orang tua ke anaknya.

d. Kebiasaan merokok

Wanita perokok memiliki risiko 2 kali lebih besar terkena kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok. Penelitian menunjukkan, lendir serviks pada wanita perokok mengandung nikotin yang dapat menurunkan daya tahan serviks di samping merupakan ko-

karsinogen infeksi virus. Selain itu, rokok mengandung zat benza @ piren yang dapat memicu terbentuknya radikal bebas dalam tubuh yang dapat menjadi mediator terbentuknya displasia sel epitel pada serviks.

e. Multiparitas

Trauma mekanis yang terjadi pada waktu paritas dapat mempengaruhi timbulnya infeksi, perubahan struktur sel, dan iritasi menahun.

f. Gangguan sistem kekebalan

Bisa disebabkan oleh nikotin yang dikandung dalam rokok, dan penyakit yang sifatnya immunosupresan, contohnya : HIV / AIDS.

g. Status sosial ekonomi lemah

Umumnya, golongan wanita dengan latar belakang ekonomi lemah tidak mempunyai biaya untuk melakukan pemeriksaan sitologi Pap Smear secara rutin, sehingga upaya deteksi dini tidak dapat dilakukan.

h. Umur

Menopause akan dialami oleh semua wanita, pada masa ini sering terjadi perubahan sel-sel abnormal pada mulut rahim. Usia 35-55 tahun memiliki resiko 2-3 kali lipat menderita kanker serviks, karena semakin tua usia seseorang akan mengalami kemunduran dalam sistem kekebalan tubuhnya.

2. Faktor Predisposisi

Penyebab langsung kanker serviks belum diketahui. Faktor ekstrinsik yang diduga berhubungan dengan insiden kanker serviks, antara lain infeksi Human Papilloma Virus (HPV) dan spermatozoa. Kanker serviks timbul di sambungan skuamokolumner serviks. Faktor resiko yang berhubungan dengan kanker serviks ialah perilaku seksual berupa mitra seks multipel, multi paritas, nutrisi, rokok, dan lain-lain. Kanker serviks dapat tumbuh eksofitik maupun endofitik (Rasjidi, 2009).

3. Psiko patologi / Patofisiologi

Kanker sel skuamosa biasanya muncul pada taut epitel skuamosa dan epitel kubus mukosa endoserviks (persambungan skuamolumnar atau zona transformasi). Pada zona transformasi serviks memperlihatkan tidak normalnya sel progresif yang akhirnya berakhir sebagai kanker servikal invasif. Displasia servikal dan kanker in situ (HSIL) mendahului kanker invasif. Kanker serviks invasif terjadi bila tumor menginvasi epitelium masuk ke dalam stroma serviks. kanker servikal menyebar luas secara langsung ke dalam jaringan para servikal. Pertumbuhan yang berlangsung mengakibatkan lesi yang dapat dilihat dan terlibat lebih progresif pada jaringan servikal. Kanker servikal invasif dapat menginvasi atau meluas ke dinding vagina, ligamentum kardinale dan rongga endometrium, invasi ke kelenjar getah bening dan pembuluh darah mengakibatkan metastase ke bagian tubuh yah jauh (Prince & Wilson, 2012) .

Tidak ada tanda atau gejala yang spesifik untuk kanker serviks. kanker servikal invasif tidak memiliki gejala, namun kanker invasif dini menyebabkan sekret vagina atau perdarahan vagina. Walaupun perdarahan adalah gejala yang signifikan, perdarahan tidak selalu muncul pada saat awal, sehingga kanker dapat sudah dalam keadaan lanjut pada saat didiagnosis. Jenis perdarahan vagina yang paling sering

adalah pasca coitus atau bercak antara menstruasi. Bersamaan dengan tumbuhnya tumor, gejala yang muncul kemudian adalah nyeri punggung bagian bawah atau nyeri tungkai akibat penekanan saraf lumbosakralis, frekuensi berkemih yang sering dan mendesak, hematuri atau perdarahan rektum (Prince & Wilson, 2012).

C. Tanda Dan Gejala

Tanda gejala kanker serviks, gejala muncul ketika sel serviks yang abnormal berubah menjadi keganasan dan menyusup ke jaringan sekitar, tidak ada etiologi yang spesifik untuk kanker ini (Ricci, 2009).

a. Perdarahan vagina abnormal, dapat berkembang menjadi ulserasi pada permukaan epitel serviks, tetapi tidak selalu ada. Perdarahan pada vagina adalah gejala yang terlihat dari kanker serviks. Biasanya gejala perdarahan terjadi setelah berhubungan seks. Perdarahan juga tidak normal jika terjadi pada masa diluar waktu haid dan setelah masa menopause. Kanker invasif dini menyebabkan sekret vagina atau perdarahan vagina.

b. Nyeri abdomen, punggung bagian bawah dan tungkai, mendadak bahwa perkembangan penyakit sangat cepat. Nyeri punggung bagian bawah atau tungkai akibat penekanan saraf lumbosakralis, frekuensi berkemih yang sering dan mendesak.

c. Keputihan yang menetap, dengan cairan yang encer, berwarna merah muda, coklat, mengandung darah atau hitam serta bau busuk akibat infeksi dan nekrosis jaringan.

d. Nafsu makan berkurang (anoreksia). Penurunan berat badan, dan kelelahan. Pada kanker stadium lanjut, kanker sudah menyebar keluar jaringan serviks tetapi belum mengenai rongga dinding panggul sehingga kemungkinan dapat menyebar atau metastase ke saluran pencernaan dan

dapat mengurangi fungsi pencernaan. itu menyebabkan nafsu makan menurun sehingga asupan makanan yang masuk paa tubuh adekuat, hal tersebut apabila berlangsung dalam jangka waktu yang lama dapt menyebabkan penurunan berat badan dan kelelahan.

e. Anemia, adalah penyakit kurang darah yang ditandai dengan kadar hemoglobin (Hb) dan eritrosit (sel darah merah) lebih rendah dibandingkan nilai normalnya. Menurut Ricci (2009), terserang kanker serviks stadium lanjut antara lain pasien dengan: nyeri panggul, nyeri punggung, nyeri kaki, penurunan berat badan, anoreksia, kelemahan dan kelelahan.

D. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk memperkuat diagnosa kanker serviks (Rasjidi, 2010).

a. Pemeriksaan Pap Smear

Test Pap smear dapat dilakukan di RS, klinik dokter kandungan ataupun laboratorium. Prosedurnya cepat (hanya memerlukan waktu beberapa menit) dan tidak menimbulkan rasa sakit. Test Pap smear dapat dilakukan bila tidak dalam keadaan haid ataupun hamil. Untuk hasil terbaik, sebaiknya tidak berhubungan intim minimal 3 hari sebelum pemeriksaan. Pap smear merupakan salah satu cara deteksi dini kanker serviks. Test ini mendeteksi adanya perubahan-perubahan sel serviks yang abnormal, yaitu suatu pemeriksaan dengan mengambil cairan pada serviks dengan spatula kemudian dilakukan pemeriksaan dengan mikroskop. Pap smear hanyalah sebatas skrining, bukan diagnosis adanya kanker serviks. Jika ditemukan hasil pap smear yang abnormal, maka dilakukan pemeriksaan standar berupa kolposkopi.

b. Pemeriksaan DNA HPV

Pemeriksaan ini dimasukkan pada skrining bersama-sama dengan Pap's smear untuk wanita dengan usia di atas 30 tahun. Penelitian dalam skala besar mendapatkan bahwa Pap's smear negatif disertai DNA HPV (Human Papilloma Virus) yang negatif mengindikasikan tidak akan ada CIN 3 sebanyak hampir 100%. Kombinasi pemeriksaan ini dianjurkan untuk wanita dengan umur diatas 30 tahun karena prevalensi infeksi HPV (Human Papilloma Virus) menurun sejalan dengan waktu. Infeksi HPV (Human Papilloma Virus) pada usia 29 tahun atau lebih dengan ASCUS hanya 31,2% sementara infeksi ini meningkat sampai 65% pada usia 28 tahun atau lebih muda. Walaupun infeksi ini sangat sering pada wanita muda yang aktif secara seksual tetapi nantinya akan mereda seiring dengan waktu. Sehingga, deteksi DNA HPV (Human Papilloma Virus) yang positif yang ditentukan kemudian lebih dianggap sebagai HPV (Human Papilloma Virus) yang persisten. Apabila hal ini dialami pada wanita dengan usia yang lebih tua maka akan terjadi peningkatan risiko kanker serviks.

c. Biopsi

Biopsi dilakukan jika pada pemeriksaan panggul tampak suatu pertumbuhan atau luka pada serviks, atau jika hasil pemeriksaan pap smear menunjukkan suatu abnormalitas atau kanker. Biopsi ini dilakukan untuk melengkapi hasil pap smear. Teknik yang biasa dilakukan adalah punch biopsy yang tidak memerlukan anestesi dan teknik cone biopsy yang menggunakan anestesi. Biopsi dilakukan untuk mengetahui kelainan yang ada pada serviks. Jaringan yang diambil dari daerah bawah kanal servikal. Hasil biopsi akan memperjelas apakah yang terjadi itu kanker invasif atau hanya tumor saja.

d. Koloskopi

Koloskopi (pemeriksaan serviks dengan lensa pembesar) dilakukan untuk melihat daerah yang terkena proses metaplasia. Pemeriksaan ini kurang efisien dibandingkan dengan pap smear, karena kolposkopi memerlukan keterampilan dan kemampuan kolposkopis dalam menetes darah yang abnormal.

e. Tes Schiller

Pada pemeriksaan ini serviks diolesi dengan larutan yodium. Pada serviks normal akan membentuk bayangan yang terjadi pada sel epitel serviks karena adanya glikogen. Sedangkan pada sel epitel serviks yang mengandung kanker akan menunjukkan warna yang tidak berubah karena tidak ada glikogen

f. Radiologi

- 1) Pelvik limphangiografi, yang dapat menunjukkan adanya gangguan pada saluran pelvik atau perioritik limfe.
- 2) Pemeriksaan intravena urografi, yang dilakukan pada kanker serviks tahap lanjut, yang dapat menunjukkan adanya obstruksi pada ureter terminal. Pemeriksaan radiologi direkomendasikan untuk mengevaluasi kandung kemih dan rektum yang meliputi sitoskopi, pielogram intravena (IVP), enema barium, dan sigmoidoskopi. Magnetic Resonance Imaging (MRI) atau scan CT abdomen / pelvis digunakan untuk menilai penyebaran lokal dari tumor dan / atau terkenanya nodus limpa regional (Octavianti, 2015).

g. Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi tingkat komplikasi pendarahan yang terjadi pada penderita kanker serviks dengan mengukur kadar hemoglobin, hematokrit, trombosit dan kecepatan pembekuan darah yang berlangsung dalam sel-sel tubuh.

E. Penatalaksanaan

Tingkat	Penatalaksanaan
0	Biopsi kerucut Hiserektomi transvaginal
1a	Biopsi kerucut Hiserektomi transvaginal
1b dan Iia	Hiserektomi radikal denganlimfa danektomi panggul dan evaluasi kelenjar limfe paraorta (bila terdapat metastasis dilakukan radiologi pasca pembedahan)
Iib, III, dan IV	Hiserektomi transvaginal
Iva dan IVb	Radioterapi Radiasi paliatif Kemoterapi

Penatalaksanaan kanker serviks dilakukan berdasarkan stadium kanker. Pilihan modalitas terapi kanker serviks dapat berupa pembedahan, kemoterapi, maupun radioterapi. Selain terapi definitif kanker, dibutuhkan terapi suportif seperti perbaikan kondisi umum dan terapi paliatif pada pasien kanker stadium lanjut untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Penatalaksanaan kanker serviks dapat dipilih berdasarkan stadium kanker oleh Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).

a. Karsinoma In Situ

Pilihan terapi pada kasus karsinoma in situ mencakup:

Konisasi, Histerektomi bagi pasien post reproduktif, Radioterapi internal bagi pasien yang tidak dapat menjalani pembedahan.

b. Konisasi

Konisasi laser atau pisau dingin (cold-knife) dapat digunakan untuk pasien kanker serviks yang ingin mempertahankan rahim, menghindari terapi radiasi, dan operasi yang lebih ekstensif. Dalam kasus tertentu, loop electrosurgical excision procedure (LEEP) rawat jalan dapat menjadi alternatif yang dapat diterima. Prosedur ini hanya memerlukan anestesi lokal, sehingga menghilangkan risiko anestesi umum yang ada pada konisasi pisau dingin. Meski demikian, penggunaan LEEP pada kanker serviks masih menuai kontroversi. Banyak ahli menganggap LEEP tidak cukup untuk pasien dengan adenokarsinoma in situ.

c. Histerektomi

Histerektomi adalah terapi standar untuk wanita dengan adenokarsinoma serviks in situ. Hal ini karena kanker serviks dapat memiliki skip lesion yang menyebabkan tepi lesi kurang dapat diandalkan untuk mengukur prognosis. Histerektomi dapat dilakukan untuk karsinoma sel skuamosa in situ jika konisasi tidak memungkinkan karena operasi sebelumnya, atau jika ditemukan margin positif setelah terapi konisasi. Histerektomi bukanlah terapi lini pertama untuk karsinoma sel skuamosa in situ.

d. Radioterapi Internal

Radioterapi internal tunggal dengan tandem dan ovoid selama 5.000 mg jam (dosis permukaan vagina 80 Gy) dapat digunakan pada pasien yang tidak memungkinkan menjalani pembedahan medis.

e. Biopsi Kerucut

Sebuah prosedur operasi kecil bernama biopsi kerucut mungkin perlu dilakukan. Istilah biopsi kerucut dipakai dari jaringan ini akan diperiksa dengan mikroskop untuk memeriksa apakah ada sel kanker.

f. Histerektomi transvaginal

Tindakan operatif yang bertujuan mengangkat rahim dan leher rahim.

g. Histerektomi radikal

Mengangkat leher rahim, beberapa jaringan di sekitar leher rahim, rahim, dan bagian vagina

h. Radioterapi

Radioterapi adalah satu pilihan bagi perempuan yang menderita kanker serviks dengan stadium berapa pun. Perempuan dengan kanker serviks tahap awal dapat memilih terapi sebagai pengganti operasi. Hal ini juga dapat digunakan setelah operasi untuk menghancurkan sel-sel kanker apapun yang masih di daerah tersebut. Perempuan dengan kanker yang menyerang bagian-bagian selain kanker mungkin perlu diterapi radiasi dan kemoterapi. Terapi radiasi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel kanker.

i. Radiasi paliatif

Radiasi paliatif adalah bentuk pengobatan dimana tidak ada lagi harapan untuk hidup pasien untuk jangka panjang. Tujuan pengobatan paliatif untuk menjaga kualitas hidup pasien di sisa hidupnya dengan menghilangkan keluhan dan gejala, sehingga bisa hidup dengan nyaman.

j. Kemoterapi

Kemoterapi adalah pemberian obat untuk membunuh sel kanker. Tidak seperti radiasi atau operasi yang bersifat lokal, kemoterapi merupakan terapi sistemik, yang berarti obat menyebar ke seluruh tubuh dan dapat mencapai sel kanker yang telah menyebar jauh atau metastase ke tempat lain.

Kemoterapi telah digunakan untuk pengobatan kanker sejak tahun 1950-an dan diberikan sebelum operasi untuk memperkecil ukuran kanker yang akan dioperasi dan untuk membersihkan sisa-sisa sel kanker setelah operasi, kadang dikombinasikan dengan terapi radiasi tapi kadang juga tidak.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Hari/Tanggal : Kamis, 18 April 2024
Jam : 08.00 WIB
Oleh : Kelompok 4
Tempat : Bangsal Mawar RS Notokusumo
Metode : Observasi, Wawancara, Pemeriksaan fisik
Sumber data : Pasien, Keluarga, Tim kesehatan, Rekam Medik

1. Data primer

Identitas pasien

Nama : Ny. P
Tempat, tanggal lahir : Sleman, 2 Januari 1987
Umur : 37 Tahun
NO RM : 324916
Agama : Islam
Jenis kelamin : Perempuan
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Status perkawinan : Sudah menikah
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)
Alamat : Gamplong, Moyudan, Sleman
Diagnosa medik : Kanker Serviks Stadium 3B
Tanggal masuk : 17 April 2024

Penanggung jawab

Nama suami : Tn. M
Tempat,tanggal lahir : Kendal, 14 Februari 1984
Umur : 40 Tahun
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : SMK
Pekerjaan : Buruh

Riwayat kesehatan

a. Prediposisi

Disebabkan oleh Human Papilloma Virus (HPV)

b. Presipitasi

1. Pasien mengalami menopause dini
2. Pasien mual dan tidak nafsu makan
3. Pasien mengalami penurunan Berat badan
(Sebelum sakit : 55 Kg, Saat sakit : 45 Kg)

c. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi

2. Data fokus

a. Alasan masuk rumah sakit

Ny.P usia 37 tahun dirawat di RS dengan keluhan mual dan tidak nafsu makan. Pasien dirawat di RS dengan diagnosa medis Ca. Serviks stadium IIIB, dengan pengobatan kemoterapi sudah 5 kali. Saat dilakukan pengkajian pasien sudah tidak mengalami perdarahan seperti 3 tahun yang lalu, sampai pasien dilakukan pemberian tranfusi darah. Pasien mengalami penurunan berat badan saat sakit BB 55 kg, setelah sakit BB menjadi 45 kg dengan TB: 165 cm. Pasien tampak pucat, lemas, setiap makan hanya habis 2-3 sendok, pasien juga tidak pernah ngemil (makan cemilan). Pasien terpasang kateter, semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan malu dan cemas dengan kondisi kesehatannya. Hasil pemeriksaan tanda vital TD; 100/70 mmHg, Nadi 87 x/menit, Respirasi 20 x/menit suhu 36° C. Hasil pemeriksaan laboratorium Hemoglobin : 11 gr%. Leukosit : $11,11 \times 10^3/\mu\text{L}$

b. Keluhan utama

- 1) Pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan
- 2) Pasien mengatakan mengalami penurunan Berat Badan
(Sebelum sakit : 55 Kg, Saat sakit : 45 Kg)
- 3) Pasien mengatakan setiap makan hanya habis 2-3 sendok makan dari porsi rumah sakit dan pasien juga tidak pernah ngemil
- 4) Pasien mengatakan malu dan cemas dengan kondisi kesehatannya
- 5) Pasien juga mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga

c. Riwayat penyakit dahulu/ yang pernah diderita

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit turunan dari keluarganya maupun penyakit yang menular

d. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit yang menurun dan menular

Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Compos Mentis

GCS : E4 V5 M6

Vital Sign : TD : 100/70 mmHg

HR : 87x/menit

Rr : 20x/menit

T : 38°C

TB : 165 cm

BB : (Sebelum sakit : 55 Kg, Saat sakit : 45 Kg)

IMT : 16,5 (Kurang dari batas normal)

IMT > 30: Obesitas

IMT 25-30: overweight

IMT 20-25: normal

IMT: < 20 underweight

Mata : Konjungtiva tampak anemis

Hidung : Hidung pasien Nampak bersih dan simetris

Mulut : Bibir pasien Nampak pucat/anemis

Turgor kulit : Kulit pasien tampak kering

Telinga : Telinga pasien tampak bersih dan simetris

Pemeriksaan dada

- a. Inspeksi : Tidak ada retraksi dinding dada
- b. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, ekspansi dada simetris
- c. Perkusi : Suara paru sonor
- d. Auskultasi : Suara nafas vesikuler

Pemeriksaan Jantung

- a. Inspeksi : Iktus cardiac tak Nampak
- b. Palpasi : Tidak teraba massa
- c. Perkusi : Redup
- d. Auskultasi : Lup dup normal

Pemeriksaan Abdomen

- a. Inspeksi : Bentuk abdomen normal
- b. Auskultasi : Bising usus 10x/menit
- c. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
- d. Perkusi : Suara tympani

Ekstermitas : -Ekstermitas atas bagian tangan kiri terpasang infus NaCl 0,9% 25 Tpm, CRT \leq 2 detik

Kekuatan otot

5	5
5	5

Riwayat reproduksi

1. Gangguan kehamilan : Tidak ada
2. Proses persalinan : Normal
3. Tempat persalinan : Bidan
4. Gravida : 0
5. Paritas : 1
6. Abortus : 0
7. Jumlah anak : 1
8. Keadaan anak saat ini : Sehat dan berusia 10 tahun
9. Usia menarche : 13 Tahun
10. Siklus haid : 30 hari
11. Menopause : Pasien sudah menopause dini pada usia 35 tahun
12. Riwayat kontrasepsi : Pasien mengatakan bahwa ia tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun
13. Seksualitas : Pasien mengatakan sudah tidak melakukan hubungan seksual semenjak terdiagnosa kanker serviks

Pola nutrisi metabolik

Intake makanan

SMRS : Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan nasi, lauk dan sayur. Dengan porsi cukup.

MRS : Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan nasi, lauk dan sayur. habis ¼ porsi. Klien mendapatkan diet tinggi protein rendah kalori.

Intake cairan

SMRS : pasien mengatakan dalam sehari minum kurang dari 2 liter air putih.

MRS : Pasien mengatakan dalam sehari minum 2-2,5 liter air hangat.

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Hasil normal
17 April 2024	Leukosit	11.11 $10^3/\mu\text{L}$	4.50-5.40 $10^3/\mu\text{L}$
	Eritrosit	4.12 $10^3/\mu\text{L}$	4.00-5.40 $10^3/\mu\text{L}$
	Hemoglobin	9.6 g/dL	12.0-15.0 g/dL
	Hematokrit	29.1 %	35.0-49.0 %
	MCV	70.6 fL	80.0-94.0 fL
	MCH	23.3 g	26.0-32.0 g/dL
	MCHC	33.0 g/dL	32.0-36.0 g/dL
	Trombosit	119 $10^3/\mu\text{L}$	150-450 fL
	RDW-SD	41.7 fL	35.0-45.0 fL
	RDW-CV	17.8 %	11.8 14.5 %

	PDW	8.2 fL	9.3-16.0 fL
	MPV	9.2 fL	7.2-10.4 fL
	P-LCR	20.0 %	15.0-25.0 %
	Plateletorit	0,1 %	0.0-0.1 %
	NRBC#	0.0	0.0-0.0
	Netrofil %	90.6 %	50.0-70.0 %
	Limfosit %	2.3 %	18.0-42.0 %
	Netrofil #	10.77	2.30-8.60
	Limfosit #	0.26	1.62-5.37
18 April 2024	Leukosit	3.58 10 ³ /μL	4.50-11.50 10 ³ /μL
	Eritrosit	5.40 %	4.00-5.40 5
	Hemoglobin	11 g/dL	12.0-15.0 g/dL

Terapi Obat pasien

Tanggal	Nama obat	Dosis	Jalur	Indikasi	Efek samping
17 april 2024	NaCl 0,9 %	25 tpm	IV	Pemenuhan cairan melalui pembuluh darah dan cairan netral	Tidak diperbolehkan untuk pasien dengan riwayat HT
	D5 %	20 tpm	IV	Pemenuhan nutrisi melalui pembuluh darah dan mengandung gula	Tidak untuk pasien dengan riwayat gula
	Dexamethasone	5 mg	IV	Untuk mencegah anti inflamasi	Insomnia, perubahan suasana hati, keringat berlebihan, mual, sakit perut, kelemahan otot
	Ondansetron	8 mg	IV	Untuk mengurangi rasa mual	Sakit kepala, sembelit, diare, nyeri sendi, sakit tenggorokan, kram otot, hilang nafsu makan
	Cisplatin	70 mg	IV	Untuk menghancurkan sel-sel kanker	Mual, muntah, kehilangan nafsu makan, rambut rontok, keseimbangan, pusing, gangguan pada pembentukan

					sel-sel darah
	5FU	500 mg	IV	Untuk menghambat pertumbuhan serta penyebaran sel kanker	Kardiotoksisitas, stomatitis, diare, mual muntah, rambut rontok dan dermatitis

Pengelompokan Data

Data subyektif	Data obyektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan 2. Pasien mengatakan mengalami penurunan Berat Badan (Sebelum sakit : 55 Kg, Setelah Sakit : 45 kg) 3. Pasien mengatakan setiap makan hanya habis 2-3 sendok makan dari porsi dan pasien juga tidak pernah ngemil 4. Pasien mengatakan semua aktivitas di bantu oleh keluarga 5. Pasien mengatakan malu dan cemas dengan kondisi kesehatannya 6. Pasien juga mengatakan sudah menjalani kemoterapi 5 kali 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak enggan untuk makan 2. IMT : 16,5 (kurang dari batas normal) 3. Pasien tampak lemas dan kurus 4. Nampak makanan pasien dari gizi hanya berkurang ¼ saja dari porsi rumah sakit 5. Pasien tampak cemas dan gelisah 6. Bibir pasien tampak anemis 7. Konjungtiva pasien anemis 8. Nampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya 9. Pasien terpasang infus NaCl 0,9% 25 Tpm, di tangan kiri 10. Pasien terpasang DC 11. Angka leukosit : $11,11 \times 10^3/\mu\text{L}$ 12. Angka hemoglobin : 11g/dl 13. TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 100/70 mmHg HR : 87x/menit Rr : 20x/menit T : 36°C

3. Analisa Data

Tanggal	Pukul	No	Data	Etiologi	Problem
18 April 2024	08.00 WIB	1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan b. Pasien mengatakan mengalami penurunan Berat Badan (Sebelum sakit : 55 Kg, Setelah Sakit : 45 kg) c. Pasien mengatakan setiap makan hanya habis 2-3 sendok makan dari porsi dan pasien juga tidak pernah ngemil d. Pasien mengatakan semua aktivitas di bantu oleh keluarga <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak enggan untuk makan (Makanan hanya berkurang $\frac{1}{4}$ dari porsi) b. Pasien tampak kurus, 	Faktor biologis	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

			<p>dan pucat, dan lemah</p> <p>c. IMT : 16,5 kurang dari normal</p> <p>d. Nampak aktivitas pasien di bantu oleh keluarganya</p>		
--	--	--	---	--	--

19 April 2024	08.00 WIB		<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <p>a. Pasien terpasang infus NaCl 0,9% 25 Tpm, di tangan kiri</p> <p>b. Pasien terpasang DC</p> <p>c. Angka leukosit : $11,11 \cdot 10^3/\mu\text{L}$</p> <p>d. Angka hemoglobin : 11g/dl</p> <p>e. TTV</p> <p>TD : 100/70 mmHg</p> <p>HR : 87x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>T : 36°C</p>		<p>Risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko immunosupresi</p>
------------------	--------------	--	---	--	---

19 April 2024	08.00 WIB		DS : -Pasien mengatakan malu dan cemas akan kondisi kesehatannya DO : -Pasien tampak malu, cemas, dan gelisah	Penyakit kronis progresif (Kanker)	Ansietas
------------------	--------------	--	---	---	----------

B. Prioritas diagnosa keperawatan

Prioritas masalah

1. Risiko infeksi b/d immunosupresi
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis
3. Ansietas b/d affektif (Gelisah, Distres)

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

HARI KE 1

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL		
1.	Risiko infeksi b/d imunosupresi DS: - DO : a. Pasien terpasang infus NaCl 0,9% 25 Tpm, di tangan kiri b. Pasien terpasang DC c. Angka leukosit : $11,11 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ d. Angka hemoglobin :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah risiko infeksi b/d imunosupresi dapat teratasi dengan kriteria hasil Kontrol Risiko: a. Pasien mampu mempertahankan lingkungan yang bersih	kontrol infeksi a. Kaji adanya tanda tanda infeksi b. Monitor hasil laboratorim (leukosit) c. Monitor suhu tubuh d. Ajarkan cara	a. Untuk mengetahui adanya tanda tanda infeksi b. Peningkatan leukosit merupakan salah satu respon tubuh untuk mengatasi infeksi yang timbul oleh antigen	Kamis, 18 April 2024 Jam 08.30 WIB 1. Mengkaji adanya tanda tanda infeksi	Kamis, 18 April 2024 Jam 09.00 WIB S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan terkait adanya tanda tanda infeksi O : TD : 100/70 mmHg HR : 87x/menit Rr : 20x/menit T : 36°C

	<p>11g/dl</p> <p>e. TTV</p> <p>TD : 100/70 mmHg</p> <p>HR : 87x/menit</p> <p>Rr : 20x/menit</p> <p>T : 36°C</p>	<p>b. Pasien mampu mengidentifikasi tanda tanda infeksi</p> <p>c. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>d. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta pelaksanaannya</p> <p>e. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah</p>	<p>menjaga lingkungan yang bersih</p> <p>e. Edukasi pasien dan keluarga mengenai tanda tanda infeksi</p> <p>f. Kolaborasi dengan keluarga untuk memantau adanya tanda tanda infeksi pada pasien</p>	<p>c. Kenaikan suhu tubuh menjadi tanda dari adanya serangan virus atau bakteri yang menyerang imun</p> <p>d. Lingkungan yang bersih akan bebas dari infeksi</p> <p>e. Supaya pasien dan keluarga dapat</p>	<p>Jam 09.10 WIB</p> <p>2. Memonitor hasil laboratorium (Leukosit dan hemoglobin)</p> <p>Jam 10.00 WIB</p> <p>3. Monitor suhu tubuh</p>	<p>Jam 09.30 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Angka leukosit : 11,11 10³/μL</p> <p>- Angka hemoglobin : 11g/dl</p> <p>Jam 10.20 WIB</p> <p>S : Pasien mengatakan tidak mengalami demam</p> <p>O :</p> <p>-T : 36°C</p>
--	---	---	---	---	---	---

		<p>timbulnya infeksi</p> <p>Keparahan infeksi</p> <p>f. Leukosit dalam batas normal 4.50-11.50 $10^3/\mu\text{L}$</p> <p>g. Suhu tubuh dalam batas normal</p>		<p>mengidentifikasi secara mandiri</p> <p>f. Agar tidak terdapat infeksi nosokomial</p>	<p>Jam 11.00 WIB</p> <p>4. Mengajarkan cara menjaga lingkungan yang bersih</p> <p>Jam 13.00 WIB</p> <p>5. Mengedukasi pasien dan keluarga mengenai tanda-tanda infeksi</p>	<p>Jam 11.30 WIB</p> <p>S : Pasien mengatakan bahwa sudah paham cara membersihkan lingkungan yang baik</p> <p>O : Pasien nampak mampu melakukannya</p> <p>Jam 13.30 WIB</p> <p>S : Pasien dan keluarga mengatakan sudah paham mengenai tanda-tanda infeksi</p>
--	--	---	--	---	--	--

					<p>Jam 14.00 WIB Mengkolaborasikan dengan keluarga untuk memantau tanda tanda infeksi pada pasien</p>	<p>O : Keluarga dan pasien nampak paham dan melakukan diskusi</p> <p>Jam 14.30 WIB S : Pasien dan keluarga mengatakan tidak terdapat tanda tanda infeksi</p> <p>O : pasien tampak tidak terdapat tanda tanda infeksi</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>Jam 18.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan tidak ada keluhan dan paham cara menjaga area lingkungan yang baik dan bersih <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">-Pasien tampak rileks dan tidak terdapat peradangan <p>-TTV</p> <p>TD : 115/70 mmHg</p> <p>HR : 80x/menit</p>
--	--	--	--	--	--	--

						RR : 20x/menit T : 36,5 -Leukosit : 11,11 10 ³ /μL -hemoglobin : 11g/dl A : Masalah risiko infeksi b/d imunopresi dapat teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi -kaji adanya tanda tanda infeksi
--	--	--	--	--	--	--

						<ul style="list-style-type: none">-monitor suhu tubuh -monitor hasil laboratorium (leukosit) -edukasi pasien dan keluarga mengenai tanda tanda infeksi -kolaborasi dengan keluarga untuk memantau adanya tanda tanda infeksi
--	--	--	--	--	--	---

2.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d dengan faktor biologis</p> <p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan</p> <p>b. Pasien mengatakan mengalami penurunan Berat Badan (Sebelum sakit : 55 Kg, Setelah Sakit : 45 kg)</p> <p>c. Pasien mengatakan setiap makan hanya habis 2-3 sendok makan dari porsi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>Status Nutrisi</p> <p>a. Asupan nutrisi adekuat</p> <p>b. Nafsu makan meningkat</p> <p>c. Asupan kalori dan protein</p>	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>a. Monitor jumlah nutrisi yang di konsumsi</p> <p>b. Timbang berat badan setiap hari</p> <p>c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan FE (Zat besi)</p> <p>d. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan</p>	<p>-Mengetahui jumlah intake yang dapat di makan</p> <p>- Mengetahui apakah ada penurunan berat badan</p> <p>- Zat besi dapat meningkatkan angka hemoglobin</p> <p>- Supaya nutrisi pasien dapat terpenuhi</p> <p>- Agar pasien dapat terpenuhi</p>	<p>Kamis, 18 April 2024</p> <p>Jam 08.30 WIB</p> <p>1. Memonitor jumlah nutrisi yang di konsumsi</p>	<p>Kamis, 18 April 2024</p> <p>Jam 09.00 WIB</p> <p>S : -Pasien mengatakan hanya habis ¼ porsi makan yang diberikan</p> <p>O : -Pasien tampak hanya menghabiskan ¼ porsi makanan saja</p> <p>-pasien Nampak tidak nafsu makan</p>
----	---	---	---	---	--	---

	<p>dan pasien juga tidak pernah ngemil</p> <p>d. Pasien mengatakan semua aktivitas di bantu oleh keluarga</p> <p>DO :</p> <p>a. Pasien tampak enggan untuk makan (Makanan hanya berkurang ¼ dari porsi)</p> <p>b. Pasien tampak kurus, dan pucat, dan lemah</p> <p>c. IMT : 16,5 kurang dari normal</p> <p>d. Nampak aktivitas pasien di bantu</p>	<p>adekuat</p>	<p>jumlah kalori dan protein yang di butuhkan pasien</p> <p>e. Lakukan untuk menyuapi pasien</p> <p>f. Edukasi mengenai pentingnya kebutuhan nutrisi</p>	<p>kebutuhannya</p> <p>-Menambah pengetahuan pasien terkait nutrisi</p>	<p>Jam 10.00 WIB</p> <p>2. Mengedukasi pasien mengenai pentingnya kebutuhan nutrisi bagi kesehatan</p>	<p>Jam 10.30 WIB</p> <p>S :- Pasien mangatakan paham mengenai pentingnya makan bagi kesehatan</p> <p>O :- pasien tampak sudah mengerti dan dapat mengulang apa yang sudah dijelaskan oleh perawat</p>
--	---	----------------	--	---	---	--

	oleh keluarganya				<p>Jam 11.30 WIB</p> <p>3. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah nutrisi yang di konsumsi</p> <p>Jam 14.30 WIB</p> <p>4. Mengedukasi pasien untuk banyak makan makanan yang mengandung zat besi</p>	<p>Jam 12.00 WIB</p> <p>S :-</p> <p>O :- -Pasien mendapatkan gizi sebanyak 1 porsi makanan yang berisi nasi, sayur, lauk, beserta buah</p> <p>Jam 14.50 WIB</p> <p>S :- -Pasien mengatakan belum paham apa saja makanan yang mengandung zat besi</p>
--	------------------	--	--	--	--	---

					<p>Jam 15.30 WIB</p> <p>5. Membantu menyuapi pasien makan</p>	<p>O : - Pasien masih nampak bingung tentang makanan apa saja yang mengandung zat besi</p> <p>Jam 16.00 WIB</p> <p>S : pasien mengatakan mampu menghabiskan 1/2 porsi makanan yang diberikan oleh ahli gizi</p> <p>O : pasien nampak sudah</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>menolak makan yang di suapi karena sudah terasa kenyang</p> <p>Jam 18.00 WIB</p> <p>S : -Pasien mengatakan belum bisa menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan oleh rumah sakit</p> <p>-Pasien mengatakan belum paham apa saja makanan yang</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>mengandung zat besi</p> <p>O :-BB : 45 Kg -pasien tampak belum nafsu makan</p> <p>A :-Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<ol style="list-style-type: none">1. Monitor jumlah intake makanan2. Edukasi apa saja makanan yang mengandung zat besi3. Kelola pemberian nutrisi sesuai anjuran ahli gizi4. Bantu menyuapi Pasien
--	--	--	--	--	--	---

3.	<p>Ansietas b/d affektif (Gelisah, Distres)</p> <p>DS : Pasien mengatakan malu dan cemas akan kondisi kesehatannya</p> <p>DO : Pasien tampak malu, cemas, dan gelisah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah ansietas b/d affektif (Gelisah,Distres) dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>a. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala</p> <p>b. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas</p> <p>c. Vital sign dalam batas normal</p>	<p>a. Gunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p>b. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p> <p>c. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>d. Ajak pasien untuk bersantai dan</p>	<p>a. Melalui pendekatan terapeutik yang empatik dan mendukung, perawat dapat membantu pasien mengidentifikasi dan mengatasi pemikiran perasaan yang mendasari kecemasan mereka</p>	<p>Kamis, 18 April 2024 Jam 09.30 WIB</p> <p>1. Ajak pasien untuk bersantai dan membiarkan sensasi terjadi</p>	<p>Kamis, 18 April 2024 Jam 09.45 WIB</p> <p>S :-pasien mengatakan lebih nyaman dengan suasananya dan untuk siap bercerita</p> <p>O :-Pasien nampak sudah tidak terlalu cemas seperti sebelumnya</p>
----	---	---	--	---	--	--

		<p>d. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan</p>	<p>membiarkan sensasi terjadi</p> <p>e. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien</p>	<p>b. Memfasilitasi dukungan dari keluarga, teman, atau kelompok dukungan dapat membantu pasien merasa di dukung dan lebih mampu menghadapi gejala kecemasan mereka</p>	<p>Jam 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan pendekatan yang menenangkan Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi Dengarkan dengan penuh perhatian 	<p>Jam 11.25 WIB</p> <p>S : -pasien mengatakan lebih lega setelah bisa mengungkapkan perasaannya</p> <p>-pasien mengatakan bisa menggunakan teknik pengalihan saat terjadi cemas</p> <p>-pasien mengatakan bahwa sekarang sudah bisa mulai menghargai dirinya sendiri</p>
--	--	---	--	---	--	--

						<p>akan penyakit yang di alaminya</p> <p>O :-pasien nampak sudah tidak cemas dan malu akan kondisi kesehatannya</p> <p>-pasien nampak sudah bisa mulai menerima penyakit yang di alaminya</p> <p>-pasien nampak sudah bisa mengungkapkan</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>rasa kecemasanya yang di alaminya</p> <p>Jam 18.00 WIB</p> <p>S :-Pasien mengatakan lebih nyaman dengan suasananya dan untuk siap bercerita</p> <p>-pasien mengatakan lebih lega setelah bisa mengungkapkan perasaannya</p> <p>-pasien mengatakan bisa</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>menggunakan teknik pengalihan saat terjadi cemas</p> <p>-pasien mengatakan bahwa sekarang sudah bisa mulai menghargai dirinya sendiri akan penyakit yang di alaminya</p> <p>O :-Pasien nampak sudah tidak terlalu cemas seperti sebelumnya</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>- pasien nampak sudah tidak cemas dan malu akan kondisi kesehatannya</p> <p>- pasien nampak sudah bisa mulai menerima penyakit yang di alaminya</p> <p>-pasien nampak sudah bisa mengungkapkan rasa kecemasanya yang di alaminya</p> <p>A : Masalah ansietas b/d</p>
--	--	--	--	--	--	--

						affektif Gelisah,Distres Sudah teratasi P: Hentikan Intervensi
--	--	--	--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN

HARI KE 2

NO DIAGNOSA	SOAP	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	<p>Jumat 19 April 2024 Jam 07.00 WIB S : -Pasien mengatakan tidak ada keluhan -Pasien mengatakan sudah membersihkan area tempat tidurnya O : -Pasien nampak segar dan rileks -TTV TD : 115/70 mmHg HR : 83x/menit RR : 20x/menit T : 36,5°C -Pasien nampak mampu menjaga kebersihan lingkungan area tempat tidurnya -tidak terdapat bengkak pada IV line -leukosit : 11,11 10³/μL -Hemoglobin : 12 g/dl A :-Masalah risiko infeksi b/d imunosupresi dapat teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji adanya tanda tanda infeksi 	<p>Jumat 19 April 2024 Jam 08.30 WIB 1. Mengkaji adanya tanda tanda infeksi pada pasien</p> <p>Jam 09.15 2. Memonitor suhu tubuh</p> <p>Jam 09.45 WIB 3. Memonitor hasil laboratorium</p>	<p>Jumat 19 April 2024 Jam 09.00 WIB S :-Pasien mengatakan tidak ada keluhan O :-TTV TD : 115/70 mmHg HR : 83x/menit RR : 20x/menit T : 36,5°C Jam 09.30 WIB S :-Pasien mengatakan tidak demam O :-T : 36,5°C Jam 10.00 WIB S :- O :-Leukosit menurun menjadi 3,5810³/μL -hemoglobin meningkat menjadi 12g/dl Jam 10.30 WIB S :-Pasien dan keluarga mengatakan sudah benar benar paham mengenai tanda tanda</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor suhu tubuh pasien 3. Monitor hasil laboratorium (leukosit) 4. Edukasi pasien dan keluarga mengenai tanda tanda infeksi 5. Kolaborasi dengan keluarga pasien untuk memantau tanda tanda infeksi pada pasien 	<p>(Leukosit dan hemoglobin)</p> <p>Jam 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengedukasi pasien dan keluarga pasien mengenai tanda tanda infeksi 	<p>infeksi</p> <p>O :-Pasien menganggukan kepala nampak sudah paham dan dapat menjelaskan ulang mengenai tanda tanda infeksi</p> <p>Jam 16.00 WIB</p> <p>S :-Pasien mengatakan sudah merasa nyaman</p> <p>-pasien mengatakan sudah mampu membersihkan lingkungan yang bersih dengan baik</p> <p>-pasien mengatakan sudah paham dengan tanda tanda infeksi</p> <p>O :- TTV</p> <p>TD : 115/70 mmHg</p> <p>HR : 83x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 36,5°C</p> <p>-Leukosit : $3,5810^3/\mu\text{L}$</p> <p>-hemoglobin meningkat menjadi 12g/dl</p> <p>A : Masalah risiko infeksi b/d</p>
--	--	---	---

			<p>imunopresi dapat teratasi</p> <p>P :-Pasien harus selalu menjaga lingkungannya agar tetap bersih</p> <p>-Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih</p>
2.	<p>Jumat, 19 April 2024 Jam 07.00 WIB S :-Pasien mengatakan makannya sudah habis ½ porsi lebih -Pasien mengatakan nafsu makannya mulai membaik dan sedikit meningkat -Pasien mengatakan sudah paham mengenai makanan yang mengandung zat besi O :-BB 45 Kg -Nafsu makan pasien nampak sudah mulai meningkat A : Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis dapat teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor jumlah intake makanan 2. Kelola pemberian nutrisi sesuai anjuran ahli gizi 3. Bantu suapi pasien dalam makannya 	<p>Jumat, 19 April 2024 Jam 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor jumlah intake nutrisi yang di makan <p>Jam 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengelola pemberian nutrisi yang pas dari ahli gizi 	<p>Jumat, 19 April 2024 Jam 08.30 WIB S : -Pasien mengatakan bahwa makannya sudah habis ½ porsi lebih -Pasien mengatakan nafsu makannya sudah meningkat O :-Pasien nampak sudah menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan oleh ahli gizi Jam 10.30 WIB S :-Pasien mengatakan makan</p>

		<p>Jam 12.30 WIB Bantu untuk menyuapi makan pada pasien</p>	<p>sudah habis ½ porsi lebih</p> <p>-Pasien mengatakan bahwa nafsu makannya sudah meningkat dan di selingi dengan ngemil</p> <p>O :Nampak nafsu makan pasien sudah meningkat</p> <p>Jam 13.00 WIB</p> <p>S :-Pasien megatakan jika sekarang nafsu makannya sudah meningkat dan bisa menghabiskan 1 porsi makan yang diberikan oleh ahli gizi</p> <p>O : Nampak pasien sudah menghabiskan 1 porsi makan yang diberikan oleh ahli gizi</p> <p>Jam 18.00 WIB</p> <p>S : -Pasien mengatakan nafsu makannya sudah meningkat</p>
--	--	--	--

			<p>-pasien mengatakan sudah habis 1 porsi makan dari ahli gizi</p> <p>O :-nampak makanan pasien sudah habis</p> <p>-BB : 45 kg</p> <p>- Tidak terjadi penurunan BB</p> <p>-Asupan nutrisi pasien adekuat</p> <p>P : Discard Planning</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menjaga pola makannya 2. Anjurkan kepada klien untuk banyak makan yang mengandung kalori protein
--	--	--	---

DAFTAR PUSTAKA

- Novalia, V. (2023). Kanker Serviks. *GALENICAL: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 2(1), 45-56.
- Ramadhana, A., Dewi, S. U., Susilowati, I., & Nuraini, T. (2023). Akupresur Sebagai Alternatif Untuk Mengurangi Nyeri Pasien Kanker Serviks: Studi Kasus. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 7(3).
- https://repository.unimugo.ac.id/2082/1/RIZKA%20NUR%20KHASANA%20%28A32020088%29_compressed.pdf Diakses pada Kamis, 18 April 2024 pukul 18.30 WIB
- <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/kanker-serviks/etiologi> Diakses pada Kamis, 18 April 2024 pukul 18.40 WIB
- [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/316/1/1%20halaman%20sampul%20depan%20tbx%20\(16%20files%20merged\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/316/1/1%20halaman%20sampul%20depan%20tbx%20(16%20files%20merged).pdf) Diakses pada Kamis, 18 April 2024 pukul 18.50 WIB
- Setianingsih, E., Astuti, Y., & Aisyaroh, N. (2022). Literature review: faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kanker serviks. *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwifery, Environment, Dentist)*, 17(1), 47-54.

PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIS DALAM PROSES KEPERAWATAN

Giri Susilo Adi MKep



LATAR BELAKANG

- ▶ Perawat dihadapkan kepada posisi pengambilan keputusan klinik dalam proses keperawatan (pengkajian -evaluasi)
- ▶ Proses berfikir kritis mempengaruhi pengambilan keputusan
- ▶ Pengambilan keputusan klinis sebagai jalan keluar untuk atasi masalah
- ▶ Hasil keputusan klinis mempengaruhi mutu asuhan keperawatan
- ▶ Pengambilan keputusan yang salah merugikan / membahayakan pasien



ANALISIS
KEPUTUSAN KLINIS
BERFIKIR KRITIS



proses pengambilan keputusan

- ▶ sebuah refleksi dari perawat ataupun klien, pengambilan keputusan klinis keperawatan harus ada interaksi antara perawat-klien
- ▶ pengambilan keputusan klinis keperawatan dapat dilakukan dalam setiap proses keperawatan
- ▶ tugas perawat pada saat proses pengambilan keputusan ini adalah sebagai fasilitator untuk memberikan fasilitas dan dukungan pada klien
- ▶ pengambilan keputusan klinis dengan melibatkan klien akan meningkatkan tingkat kemandirian bagi klien
- ▶ Pengambilan keputusan klinis diperlukan kemampuan berfikir kritis bagi perawat : evidence based, teori , fakta lapangan dan pendapat ahli

Proses pengambilan keputusan

- Keputusan klinis adalah suatu proses yang meliputi diagnosis klinis, penilaian dan keputusan tentang apa yang harus dilakukan
- Keputusan klinis dalam keperawatan sebagai serangkaian keputusan yang dibuat oleh perawat dalam interaksinya dengan pasien mengenai jenis pengamatan yang akan dilakukan dalam situasi yang di alami klien (pengkajian keperawatan), perumusan diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan yang harus diambil, tindakan keperawatan yang akan diambil serta evaluasi
- Jenis keputusan : rutin , adaptif dan inovasi

FAKTOR-FAKTOR PENGAMBILAN KEPUTUSAN

- **Faktor Internal**

A. keadaan emosional dan fisik

B. Usia

C. personal karakteristik

D. Pengalaman kerja

E. kultural, sosial, latar belakang filosofi

F. pengalaman masa lalu,

G. minat, pengetahuan dan sikap pengambilan keputusan yang dimiliki

- **Faktor Eksternal**

kondisi dan lingkungan waktu

Cooke & Slack (1991) menjelaskan 9 tahap yang dilalui individu dalam mengambil keputusan

- ▶ Observasi
- ▶ Mengenali masalah
- ▶ Menetapkan tujuan
- ▶ Memahami masalah
- ▶ Menentukan Pilihan-pilihan
- ▶ Mengevaluasi Pilihan-pilihan.
- ▶ Memilih
- ▶ Menerapkan
- ▶ Memonitor

PENGAMBILAN KEPUTUSAN PERAWAT

- berdasar pengalaman
- berdasarkan standar/prosedur tetap yang sudah ada/aplikasi terkini
- berdasarkan pendidikan/teori yang dimiliki,
- berdasarkan pertimbangan orang yang lebih ahli.



Pengambilan keputusan dalam keperawatan :

Diadopsi dari Bainbrige (1992) dalam Tapopen (1995)

Pengetahuan umum → **Dilema** ← **info situasi khusus**
apa yg kita putuskan

Kemungkinan hasil pengalaman → **Tujuan** ← **Pentingnya kontekstual dan**
apa yg kita ingin capai

Membandingkan → **alternatif tindakan** ← **urgensi ketersediaan feasibility**

Sebagai efektif → **nilaian yg kita lakukan**



Problem solving

- merupakan cara mengidentifikasi dan menemukan solusi yang efektif untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Pada dasarnya, kemampuan ini berkaitan dengan berbagai kemampuan lain seperti kemampuan mendengar, menganalisa, meneliti, kreativitas, komunikasi, kerja tim dan pengambilan keputusan.

- **Proses Problem Solving**

Definisi masalah

Identifikasi masalah

Tentukan solusi

Evaluasi



TAHAPAN PROBLEM SOLVING

- Mengidentifikasi dan mendefinisikan hakekat masalah
- Melakukan pengumpulan dan pengolahan data atau informasi, agar masalah yang ditetapkan benar adanya.
- Mencari dan menemukan berbagai alternatif pemecahan masalah,
- Mengkaji berbagai alternatif pemecahan masalah.
- Menentukan pilihan atas alternatif yang terbaik, berdasarkan hasil kajian.
- Melaksanakan keputusan
- Menilai, artinya memeriksa kembali, apakah hasil yang diperoleh itu benar, atau mungkin memilih pemecahan masalah yang lebih baik lagi.



Understanding Why Nurses Need **Critical Thinking Skills**



berfikir

Proses tidak statis.

Dapat berubah-ubah
setiap saat.

Bersifat dinamis

kritis

Critical → bertanya, diskusi, memilih, menilai, membuat keputusan.

Kritein → to choose, to decide

Krites → judge.

Criterion → standar, aturan, metoda

Critical Thinking → ditujukan pada situasi, rencana dan bahkan aturan-aturan yg terstandar dan mendahului dalam pembuatan keputusan (Mz.Kenzie).

Critical thinking → investigas thd tujuan guna mengeksplorasi situasi phenomena, pertanyaan, atau masalah u/ menuju pada hipotesa atau kepts secara terintegrasi.

TIGA KUNCI UTAMA UNTUK DAPAT BERFIKIR KRITIS

- RED (Recognize assumptions, Evaluate arguments dan Draw conclusions) = mengenali masalah, menilai beberapa pendapat, dan menarik kesimpulan
- hasil pemikiran kritis, diperlukan upaya gigih untuk memeriksa setiap keyakinan atau pemahaman akan pengetahuan berdasarkan dukungan bukti ilmiah (evidence based) yang mendukung kecenderungan pengambilan kesimpulan tersebut.

CLINICAL JUDGMENT

- sebagai suatu kemampuan untuk membuat keputusan logis/ rasional dan menentukan apakah suatu tindakan yang akan dilakukan benar atau salah
- berkaitan dengan klinik atau tempat perawatan; didasarkan pada observasi dan perawatan klien yang sebenarnya, dan terdiri atas tanda-tanda klinis dari suatu masalah Kesehatan
- penilaian klinis merupakan bagian dari proses berfikir kritis.

MATRIX PENGAMBILAN KEPUTUSAN

Putusan	Tingkat kesembuhan (5)	Komplikasi (4)	Hrapan hidup (3)	Biaya (2)	score
operasi	5	2	5	1	$25+8+15+2 = 50$
Terapi konvensional	3	4	3	4	$15+16+9+8= 48$