

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI KANKER
PANKREAS DI RUANG C1 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA



Oleh :

FENI NOVITA SARI, S.Kep.
NIM.2130084

PROGRAM PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI KANKER
PANKREAS DI RUANG C1 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

FENI NOVITA SARI, S.Kep.
NIM.2130084

PROGRAM PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 08 Juli 2022

Penulis

Feni Novita Sari, S.Kep

NIM.2130084

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya ilmiah Akhir dari :

Nama : Feni Novita Sari, S.Kep.

NIM : 213.0084

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Kanker Pankreas Di
Ruang C1 Rspal Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 08 Juli 2022

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Pembimbing

Pembimbing Lahan

Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03001

Amy Ardianti, S.Kep., Ns., M. Tr. Kep.
NIP. 198108062008121003

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 08 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dya Sustrami S.Kep., Ns., M.Kes selaku Penguji Ketua yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moral dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini
5. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing Institusi terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Amy Ardianti, S.Kep., Ns., M.Tr. Kep., Kep selaku Pembimbing Klinik yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

7. Kedua Orang tua saya yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun
8. Teman-teman sealmamater Profesi Ners Angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 08 Juli 2022
Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
1.4.1 Bagi Penulis	4
1.4.2 Secara Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Kanker Pankreas	9
2.1.1 Definisi.....	9
2.1.2 Anatomi Fisiologi	10
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis	13
2.1.6 Komplikasi.....	14
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.8 Penatalaksanaan	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Pankreas	18
2.2.1 Pengkajian	18

2.2.2 Diagnosa keperawatan	20
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	21
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	27
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	28
2.3 <i>Web of Caution</i> Kanker Pankreas.....	29
2.4 Teori Keperawatan Marjory Gordon.....	30
2.5 Literatur Review.....	34
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	36
3.1 Pengkajian.....	36
3.1.1 Identitas	36
3.1.2 Riwayat Kesehatan.....	36
3.1.3 Pemeriksaan Fisik	38
3.1.4 Pengkajian Pola Kesehatan	41
3.1.5 Data Penunjang	46
3.1.6 Terapi Medis	47
3.2 Analisa Data	48
3.3 Prioritas Masalah.....	49
3.4 Rencana Tindakan Keperawatan.....	50
3.5 Implementasi & Evaluasi	53
BAB 4 PEMBAHASAN.....	64
4.1 Pengkajian.....	64
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	65
4.3 Intervensi Keperawatan.....	67
4.4 Implementasi Keperawatan.....	69
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	71
BAB 5 PENUTUP	73
5.1 Kesimpulan	73
5.2 Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas.....	10
Gambar 2.3 <i>Web Of Caution</i> Kanker Pankreas.....	29
Gambar 3.1 Genogram pada Ny. S.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Data penunjang hasil pemeriksaan laboratorium pada Ny. S dengan diagnosa medis kanker pankreas.....	46
Tabel 3.2 Terapi medis pada Ny. S dengan diagnosa medis kanker pankreas.....	47
Tabel 3.3 Analisis data pada Ny. S dengan diagnosa medis kanker pankreas	48
Tabel 3.4 Prioritas masalah pada Ny. S dengan diagnosa medis kanker pankreas.....	49
Tabel 3.5 Rencana Tindakan Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis kanker pankreas	50
Tabel 3.6 Implementasi dan evaluasi keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis kanker pankreas	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	78
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	79
Lampiran 3 Leaflet	80
Lampiran 3 SPO teknik relaksasi nafas dalam.....	81
Lampiran 4 SPO perawatan luka	82

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Di Indonesia, Kanker pankreas merupakan tumor ganas ketiga terbanyak setelah tumor paru atau tumor colon. Kanker pankreas merupakan sel yang mengalami perkembangan menjadi abnormal sehingga tidak terkontrol dan berkembang di bagian pankreas. Kanker pancreas merupakan salah satu kanker yang mematikan di dunia, ada 330.000 kematian akibat kanker pancreas pada tahun 2012. Kanker pankreas adalah tumor ganas yang berasal dari sel-sel yang melapisi saluran pankreas yang memengaruhi kerja dari organ pankreas itu sendiri (brunner & Suddaerth, 2011). Sekitar 95% tumor ganas pankreas merupakan adenokarsinoma yang sering muncul di kepala pankreas. Kanker pankreas terjadi ketika sel dalam pankreas mengalami mutasi DNA. Sehingga sel mengalami pertumbuhan sel yang berlebih, sel yang bertumbuh ini memiliki fungsi yang abnormal. Hingga akhirnya sel normal pankreas mengalami kematian dan tersisa sel-sel abnormal yang memenuhi organ pancreas (Hall Jonh E, 2014).

World Health Organization (WHO) kanker atau tumor merupakan penyebab kematian kedua di dunia setelah kardiovaskuler dan diperkirakan mencapai 9,6 juta kematian pada tahun 2018. Bahkan diperkirakan pada tahun 2030 kejadian tersebut dapat mencapai hingga 26 juta orang dan 17 juta diantaranya meninggal akibat kanker (Pusat Data Informasi Kesehatan Kemenkes RI, 2018). Angka kejadian penyakit tumor di Indonesia (136.2 per 100.00 penduduk) berada pada urutan 81 di Asian Tenggara sedangkan Asia urutan ke- 23. Kanker pankreas di

Indonesia disebutkan insiden kanker pankreas 5.829 dan kematian karena kanker pankreas sebanyak 5.624. Di RSUP Dr. Kariadi Semarang 1999-2004 terdapat 53 kasus dengan karsinoma pankreas dan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2012-2015 terdapat 73 kasus dengan karsinoma pankreas. (Kemenkes, 2018). Berdasarkan data di RSPAL dr. Ramelan Surabaya Di Ruang C1 terhitung dari bulan Agustus-Oktober 2021 terdapat pasien yang menderita kanker pancreas terdapat 10 orang.

Kanker pankreas merupakan tumor yang membahayakan yang terjadi dalam waktu yang lama dan berkembang cepat sebelum menunjukkan gejala klinis. Mayoritas penderita kanker pankreas awalnya tidak menunjukkan gejala yang spesifik sehingga sering terlambat didiagnosis, akibatnya pasien datang dengan keadaan stadium lanjut dan termasuk salah satu kanker yang prognosinya paling buruk (Siagian CE, 2015). Sebagian besar dari karsinoma pankreas terjadi di caput pankreas (75%), sisanya ditemukan di corpus (15%). Kanker pankreas sangat sulit untuk didiagnosa pada stadium awal, gejala asimtomatik, lambat dengan pertumbuhan cepat sehingga di sebut silent killer. Kanker pankreas merupakan salah satu kanker yang mematikan. Kanker ini sering disebut penyakit “diam” karena gejalanya tak terlihat pada tahap awal sampai kanker itu telah menyebar. Kanker pankreas menyebar sangat cepat dan memiliki prognosis yang buruk jika dibandingkan dengan kanker lainnya. Gejala yang tidak muncul sampai kanker itu berkembang membuat operasi pengangkatan sulit dilakukan. Gejala awal penyakit ini seringkali tidak spesifik dan sering terabaikan, sehingga pasien terlambat didiagnosis. Gejala paling khas kanker pankreas adalah icterus obstruktif akibat

penekanan tumor pada duktus koledokus. Gejala klinis pada penyakit ini yaitu anoreksia, muntah, diare, steatorea dan badan lesu biasanya berlangsung lebih dari 2 bulan sebelum didiagnosis, icterus, nyeri perut, dan penurunan berat badan merupakan gejala klasik yang sering menjadi keluhan utama.

Upaya dalam tatalaksana penanganan karsinoma pankreas bersifat kuratif dan paliatif. Pengobatan kuratif dilakukan dengan pembedahan disertai kemoterapi adjuvant dan radioterapi pada karsinoma pankreas stadium dini. Pembedahan standar pada kasus karsinoma pankreas adalah prosedur whipple yaitu berupa reseksi kaput pancreas, duodenum, bagian lambung dan kandung empedu. Pengobatan paliatif dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita pada stadium akhir. Tindakan pembedahan paliatif adalah pemasangan stent perkutan dan stent perendoskopik atau percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD). Berdasarkan latar belakang dan pengalaman praktik yang ditemukan di RS, maka penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan diagnosa *Kanker Pankreas* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya".

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Kanker Pankreas* di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan keperawatan Keperawatan dengan pasien kanker pancreas di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Pankreas di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker pankreas di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Merumuskan rencana tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Pankreas di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Pankreas di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Pankreas di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan pengalaman yang nyata dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *Kanker Pankreas*

1.4.2 Secara Teoritis

Dari segi akademis, menambah khasanah keilmuan agar perawat dan tenaga kesehatan lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis Kanker Pankreas.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Praktisi Keperawatan di Rumah Sakit

Praktisi keperawatan mampu mengaplikasikan dan dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Kanker Pankreas.

2. Bagi Manager Keperawatan

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi acuan atau landasan dalam pembuatan Standar Asuhan Keperawatan pada pasien-pasien yang mengalami Kanker Pankreas.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu sumber rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis Kanker Pankreas.

4. Bagi Pasien

Pasien diharapkan menjadi lebih puas terhadap pelayanan asuhan keperawatan Kanker Pankreas.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data

dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah

akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KTI yang relevan dengan judul penulis.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu : Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran serta daftar singkatan.

Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini : BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *Kanker Pankreas*, serta kerangka masalah pada *Kanker Pankreas*. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis. BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran-lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kanker Pankreas

2.1.1 Definisi

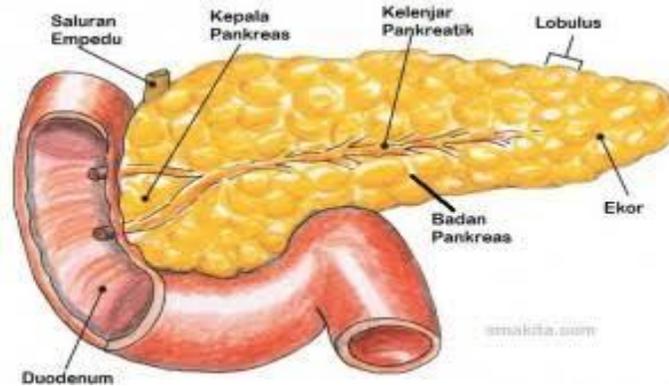
Kanker pankreas adalah tumor ganas yang berasal dari sel-sel yang melapisi saluran pancreas yang memengaruhi kerja dari organ pankreas itu sendiri. Sekitar 95% tumor ganas pancreas merupakan adenokarsinoma yang sering muncul di kepala pankreas. Kanker pankreas terjadi ketika sel dalam pankreas mengalami mutasi DNA. Sehingga sel mengalami pertumbuhan sel yang berlebih, sel yang bertumbuh ini memiliki fungsi yang abnormal. Hingga akhirnya sel normal pankreas mengalami kematian dan tersisa sel-sel abnormal yang memenuhi organ pankreas (brunner & Suddaerth, 2011).

Karsinoma pankreas adalah salah satu bentuk keganasan pada pankreas. Kanker pankreas ada 2 tipe : berasal dari kelenjar eksokrin yaitu adenokarsinoma dan yang berasal dari kelenjar endokrin yaitu neuroendokrin. Kanker yang berasal dari kelenjar eksokrin lebih sering ditemukan daripada yang berasal dari kelenjar endokrin (Setiati, 2017).

Kanker pankreas merupakan neoplasma ganas yang berasal dari perubahan sel pada jaringan pankreas. Kanker pankreas dapat berasal dari jaringan eksokrin maupun endokrin, sebagian besar (90%) kanker pankreas berasal dari jaringan eksokrin, adenokarsinoma duktus pankreas.

Sekitar 70% terjadi pada kaput, 20% pada korpus, dan 10% pada kauda pankreas (Tjokroprawiro, 2015).

2.1.2 Anatomi Fisiologi



Anatomi Pankreas (Masmusculo, 2010)

a. Anatomi Pankreas

Pankreas adalah kelenjar berwarna abu-abu yang berada di belakang lambung dalam perut beratnya sekitar 60 gram. Panjangnya sekitar 12 hingga 15 cm, berada di region epigastrik dan hipokondria rongga perut. Pankreas terdiri atas bagian kepala yang luas, badan, dan ekor yang sempit. Kepala berada di lengkung duodenum, badan berada di belakang lambung, sedangkan ekor berada di depan ginjal kiri dan menyentuh limpa (Waught dan Grant, 2017). Pankreas adalah organ pada sistem pencernaan yang memiliki dua fungsi utama, yaitu menghasilkan enzim pencernaan serta beberapa hormon penting seperti insulin. Pankreas terletak pada bagian posterior perut belakang lambung dan berhubungan erat dengan duodenum (Desen, Wan. 2013).

b. Fisiologi Pankreas

Fungsi kelenjar eksokrin adalah penghasil getah pancreas yang mengandung enzim yang memecah karbohidrat, protein dan lemak. Seperti saluran cerna, stimulasi saraf simpatis meningkatkan sekresi getah pankreas dan stimulasi saraf simpatis bekerja sebaliknya. Kelenjar pankreas yang tersebar berada dalam kelompok sel-sel khusus yang disebut pulau pankreas (Langerhans). Pulau ini tidak memiliki duktus (saluran) sehingga hormone berdifusi secara langsung kedalam darah. Kelenjar pankreas menyekresi hormon insulin dan glukagon, yang pada dasarnya berhubungan dengan pengendalian kadar glukosa darah. Arteri yang memperdarahi pankreas adalah arteri mesentrika dan splenik. Vena yang memperdarahi pankreas adalah vena yang memiliki nama yang sama dengan vena lain yang bergabung membentuk vena porta (Waught dan Grant, 2017).

2.1.3 Etiologi

Menurut Tjokroprawitro (2015) penyebab kanker pankreas masih belum diketahui dengan jelas. Namun ditemukan 50-70% kasus ini mempunyai efek pada gen. beberapa faktor risiko yang berperan pada terjadinya kanker pancreas adalah :

1. Faktor Endogen

- a. Usia : Berkembangnya kanker pankreas meningkat sesuai dengan penambahan usia. Kanker pankreas cenderung terjadi pada orang-orang dengan usia >60 tahun.
- b. Jenis Kelamin : Penderita kanker pankreas lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan. Salah satu faktornya adalah laki-laki lebih banyak mengonsumsi rokok daripada perempuan.
- c. Diabetes mellitus : onset diabetes mellitus dapat membantu mengidentifikasi klien dengan kanker pancreas, terutama dalam individu yang lebih tua dari 50 tahun.

2. Faktor Eksogen

- a. Merokok : Merokok mengakibatkan kanker pankreas sekitar 25-35%, berisiko 2-3 kali menderita kanker pankreas. Rokok merupakan salah satu faktor risiko kanker pankreas. Perokok memiliki risiko terkena duktus adenokarsinoma pankreas 2,53,6 kali lebih banyak daripada yang bukan perokok. Risiko terkena kanker pankreas 2 kali lebih tinggi pada orang yang mengonsumsi rokok daripada yang tidak pernah merokok.
- b. Obesitas : Mengonsumsi makanan yang tinggi lemak berisiko terhadap terjadinya kanker pankreas. Dari 38 penelitian mengenai berat badan dan risiko kanker oleh World Cancer Research Fund

menyimpulkan bahwa obesitas dan abdominal yang gemuk merupakan faktor risiko kanker pankreas.

- c. Konsumsi alkohol berkontribusi terhadap terjadinya pankreatitis akut dan berkembang menjadi pankreatitis kronik
- d. Genetik : Riwayat keluarga dengan kanker, mutasi gen penyebab kanker yang diturunkan dapat meningkatkan risiko kanker.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tjokroprawiro (2015) menyatakan bahwa manifestasi kanker pancreas adalah :

1. Nyeri : 90% klien mengalami nyeri selama perjalanan penyakit. Nyeri tumpul sering dirasakan pada bagian epigastrium yang menjalar ke belakang dan nyeri ini lebih berat pada malam hari. Tergantung pada letak tumor, nyeri dapat menjalar ke kuadran kanan ataupun kiri atas.
2. Ikterus : dikeluhkan pada 30% klien, dan insidennya akan meningkat dengan progresi penyakitnya. Keluhan ini dapat berkaitan dengan nyeri maupun gatal. Ikterus lebih sering terjadi apabila yang terkena adalah kaput pankreas, namun obstruksi maupun icterus dapat pula terjadi akibat perluasan sekunder pada liver atau limfo-noduli sekitar duktus biliaris.

3. Penurunan berat badan yang cepat merupakan keluhan paling sering dari kanker pankreas dan ini tidak berkaitan dengan lokasi ataupun luasnya tumor.
4. Keluhan lain yang tidak spesifik adalah kembung, mual dan muntah, lesu, lelah serta diare.
5. Pemeriksaan fisik yang paling sering didapatkan pada tumor kaput pancreas adalah ikterus, dengan nyeri tekan perut serta pembesaran liver, tanda lain yang jarang adalah terabanya kandung empedu, massa perut dan edema.

2.1.5 Komplikasi

1. Masalah metabolisme glukosa

Tumor dapat mempengaruhi kemampuan pankreas untuk memproduksi insulin sehingga dapat mendorong permasalahan di metabolisme glukosa, termasuk diagnosis

2. Ikterus atau Jaundice

Terkadang diikuti dengan rasa gatal yang hebat titik menguningnya kulit dan bagian putih mata dapat terjadi jika tumor pankreas menyumbat saluran empedu, yaitu semacam pipa tipis yang membawa empedu dari liver ke usus 12 jari. Warna kuning berasal dari kelebihan bilirubin titik asam empedu dapat menyebabkan rasa gatal jika kelebihan bilirubin tersebut mengendap di kulit

3. Nyeri

Tumor pankreas yang besar akan menekan lingkungan sekitar saraf, menimbulkan rasa sakit di punggung atau perut yang terkadang bisa menjadi hebat

4. Metastasis

Metastasis adalah komplikasi paling serius dari kanker atau tumor ganas pankreas. Pankreas dikelilingi oleh sejumlah organ vital, termasuk juga perut ke-5 kecil paruparu dan usus. Karena kanker pankreas jarang terdeteksi pada stadium awal kanker ini sering menyebar ke organ-organ tersebut atau terdekat ujung limpa (Riyadi & Sukarmin, 2012).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Laboratorium anemia karena terjadi defisiensi zat besi, nutrisi, perdarahan per anal. (Setiati, 2017)

- a. Tes faal hati bilirubin, serum, SGT, SGOT meningkat
- b. Serum amylase dan lipase meningkat
- b. Kadar glukosa darah >20%

2. Pemeriksaan Perut

Pada pemeriksaan perut akan terasa suatu massa epigastrium. Letak tumor pada peritoneal. Pada beberapa pasien dapat di raba adanya pembesaran kandung empedu, hepatomegaly. (Setiati, 2017)

3. Pemeriksaan Radioterapi Gastroduodenografi

Pemeriksaan ini digunakan untuk mendeteksi kelainan lengkungan duodenum akibat kanker pankreas. Kelainan yang dijumpai pada kanker pankreas dapat berupa pelebaran lengkung duodenum, filling defect pada bagian kedua duodenum (infiltrasi kanker pada dinding duodenum), karena pendorongan kanker pankreas yang besar pada duodenum di atas dan dibawah papilla vateri. (Setiati, 2017)

4. USG (Utrasonografi)

USG dapat mengetahui besar, letak, karakteristik tumor, diameter saluran empedu, duktus pankreatikus, dan letak obstruktif. Pada pemeriksaan USG didapatkan hasil tanda primer yaitu pembesaran local pancreas, densitas gema massa yang tampak rendah homogeny, pelebaran saluran pancreas pada kaput timbul gejala pelebaran saluran empedu (Setiati, 2017)

5. CT-Scan

Dapat dilakukan untuk menentukan apakah tumor tersebut masih dapat diangkat melalui pembedahan. Pada pelebaran saluran pancreas sebagai akibat sumbatan di kaput. Gambaran karsinoma kaput pankreas pada CT scan yang dapat dinilai antara lain: pembesaran duktus pankreatikus dan duktus biliaris, pembesaran kantung empedu. Selain itu kita juga dapat melihat metastasis yang terjadi di sekitar pancreas. (Setiati, 2017)

6. Pemeriksaan Endoskopi

Akan tampak pendesakan antrum lambung ke ventral. (Setiati, 2017)

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Prosedure pembedahan

Prosedure pembedahan digunakan untuk mengangkat atau mereseksi tumor, yang paling sering dilakukan adalah procedure whipple. Operasi whipple merupakan procedure dengan pengangkatan kepala (caput) pancreas dan biasanya sekitar 20% pancreas dihilangkan. Dalam operasi ini, dokter juga dapat mengangkat bagian pertama usus kecil, kantong empedu, bagian saluran empedu, dan terkadang sebagian dari lambung. Sekitar 30 persen pasien yang melakukan operasi Whipple memerlukan obat enzim untuk membantu mencerna makanan. (Sjamsuhidayat, 2011).

2. Kemotrapi

Tindakan ini untuk menghancurkan sel kanker ganas dan mencegah pertumbuhannya. Kemoterapi dapat dilakukan sebelum atau setelah operasi, atau jika operasi tidak bisa dilakukan. Obat kemoterapi memiliki dua bentuk, yaitu yang dikonsumsi secara langsung dan yang diberikan melalui infus. Namun, tindakan ini mempunyai efek samping karena juga menyerang sel-sel tubuh yang sehat. (Sjamsuhidayat, 2011).

3. Radioterapi

Perawatan dengan sinar radiasi energi tinggi ini bertujuan untuk memperkecil tumor dan meredakan rasa sakit yang dialami. Jika pasien tidak bisa melakukan operasi, biasanya dokter menyarankan perawatan kombinasi

kemoterapi dan radioterapi. Seperti halnya kemoterapi, perawatan dengan radioterapi juga memiliki efek samping. (Sjamsuhidayat, 2011).

4. Terapi simptomatik : untuk meredakan rasa nyeri (obat analgesic) dari golongan aspirin, obat golongan opioid. (Sjamsuhidayat, 2011).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Pankreas

2.2.1 Pengkajian

a. Identitas umum

Kanker pankreas sering terjadi pada pasien lanjut usia biasanya terjadi pada penderita sekitar 70%, yang berusia > 50 tahun dan berjenis kelamin laki-laki, penelitian yang dilakukan Wiguna bahwa insiden pasien kanker pancreas sering ditemukan pada berjenis kelamin laki-laki (77,8%) lebih banyak di banding perempuan (22,2%). (Aulia dkk, 2015)

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada penderita kanker pankreas terdapat nyeri pada perut dan rasa nyeri menyebar ke bagian tengah punggung

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat Kesehatan Sekarang nyeri pada perut, malaise (perasaan tidak nyaman), Hipertensi, berat badan turun, mual muntah, membran mukosa kering.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pada riwayat penyakit dahulu penderita tumor pankreas terdapat riwayat penyakit DM

e. Riwayat keluarga

Perlu ditanyakan apakah didalam keluarga mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular

f. Pengkajian Fisik B1-B6

1) B1 Breathing/ Pernafasan

Pada pasien dengan kanker pancreas terdapat peningkatan frekuensi nafas, sesak nafas, pucat, sianosis, bunyi nafas (bersih, krekles, mengi), terdapat sputum.

2) B2 Blood/ Sirkulasi

Pada pasien dengan kanker pancreas terlihat peningkatan tekanan darah dan nadi (takikardi), serta terjadi pula peningkatan suhu (hipertermi) karena infeksi.

3) B3 Brain/ Persyarafan

Perlu dikaji tingkat kesadarannya. Diperlukan penilaian GCS untuk menentukan tingkat kesadaran apakah composmetis, samnolen, dll.

4) B4 Bladder / Perkemihan

Warna urine kuning pekat, ureum meningkat.

5) B5 Bowel / pencernaan

Pada penderita tumor pankreas mengalami mual, muntah, nafsu makan menurun, membran mukosa kering, kulit kering, berkeringat, penurunan berat badan.

inspeksi : perut tidak simetris,tampak adanya benjolan palpasi : adanya nyeri tekan perkusi : terdapat bunyi timpany Auskultasi : suara usus hiperaktif

6) B6 Muskuloskeletal

Pasien dengan kanker pankreas merasa kelelahan dan kelemahan, secara umum memerlukan bantuan orang lain, sulit bergerak, kulit/membran mukosa kering.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Ekaputri and Fithriyani, 2021). Diagnosis keperawatan yang mungkin ada dalam fraktur clavicula (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), antara lain:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit : infeksi
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: kanker pankreas
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi : keengganan untuk makan
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

5. Resiko hipovolemia faktor resiko kegagalan dalam mekanisme tubuh, kekurangan intake cairan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2016).

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit : infeksi

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Termoregulasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : menggigil menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Manajemen Hipertermi

1) Identifikasi penyebab hipertermia

Rasional : untuk mengetahui masalah utama pada klien

2) Monitor suhu tubuh

Rasional : untuk mencegah terjadinya komplikasi hipertermia

3) Monitor kadar elektrolit

Rasional : untuk mencegah terjadinya hipovolemia

4) Monitor haluaran urine

Rasional : untuk mengetahui balance cairan

- 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Rasional : untuk mengetahui tindak lanjut dari komplikasi

- 6) Sediakan lingkungan yang dingin

Rasional : untuk menurunkan suhu tubuh

- 7) Longgarkan atau lepaskan pakaian

Rasional : terjadinya pertukaran suhu dan menurunkan suhu tubuh

- 8) Bahasahi dan kipasi permukaan tubuh

Rasional : melancarkan aliran darah dan menurunkan suhu tubuh

- 9) Berikan cairan oral

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan cairan

- 10) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis

Rasional : memberikan rasa nyaman

- 11) Lakukan pendinginan eksternal

Rasional : untuk menurunkan suhu tubuh

- 12) Berikan oksigen

Rasional : mencegah terjadinya hipoksia saat terjadi komplikasi

- 13) Anjurkan tirah baring

Rasional : untuk meningkatkan imunitas klien

- 14) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan cairan dan mencegah terjadinya dehidrasi.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : abses

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) keluhan nyeri menurun. 2) gelisah menurun. 3) sikap protektif menurun. 4) kesulitan tidur menurun. 5) frekuensi nadi membaik

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Manajemen Nyeri

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.

Rasional: mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri

2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: mengetahui tingkatan nyeri

3) Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasional: mengetahui respon nyeri

4) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Rasional: mengetahui efek samping pemberian analgesik

5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien

6) Fasilitasi Istirahat dan tidur

Rasional: mengalihkan dan meredakan nyeri yang dialami

7) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional: Pasien mengetahui tentang penyebab nyeri

8) Ajarkan teknik nonfarmakologis

Rasional: mengurangi rasa nyeri

9) Kolaborasi pemberian analgesik

Rasional: untuk pengobatan atasi nyeri

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi : keengganan untuk makan

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Status nutrisi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nutrisi terpenuhi meningkat dengan kriteria hasil 1) Nafsu makan meningkat 2) Perasaan cepat kenyang

menurun 3) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Manajemen nutrisi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : untuk mengetahui status nutrisi dan dapat melakukan intervensi yang tepat

2) Identifikasi alergi

Rasional : untuk mengetahui alergi yang dimiliki pasien

3) Identifikasi makanan disukai

Rasional : untuk membantu mencukupi kebutuhan nutrisi

4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

Rasional : untuk membantu mencukupi kebutuhan kalori dan nutrisi pasien

5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric

Rasional : untuk membantu memberikan makanan maupun obat jika pasien kesusahan menelan

6) Monitor asupan makanan

Rasional : jika terjadi anoreksia akan menyebabkan penurunan berat badan

7) Monitor berat badan

Rasional : membantu mengidentifikasi malnutrisi pada pasien

8) Monitor hasil pemeriksaan lab

Rasional : untuk membantu memantau keadaan nutrisi pasien

9) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Rasional : untuk menjaga kebersihan mulut

10) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional : untuk membantu pasien segera makan

11) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : untuk membantu memenuhi kebutuhan kalori dan protein

12) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional : untuk memperhitungkan kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan

Pasien.

4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Toleransi Aktivitas

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas meningkat dengan kriteria hasil 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Keluhan lemas menurun 3) Dipsnea setelah aktivitas menurun

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Manajemen Energi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional : Mengetahui penyebab kelelahan

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional : Mengetahui energi pasien

3) Monitor pola dan jam tidur

Rasional : Mengetahui kualitas tidur pasien

4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : Mengetahui gangguan mobilitas

5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)

Rasional : agar pasien dapat beristirahat dengan nyaman

6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif

Rasional : mencegah terjadinya kelemahan otot

7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional : mengurangi kelelahan

8) Anjurkan tirah baring

Rasional : mencegah terjadinya cedera

9) Anjurkan menghubungi Agar perawat dapat merencanakan solusi untuk mengurangi kelelahan

Rasional : Agar perawat dapat merencanakan solusi untuk mengurangi kelelahan

10) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : Pasien mendapat asupan gizi yang begizi.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

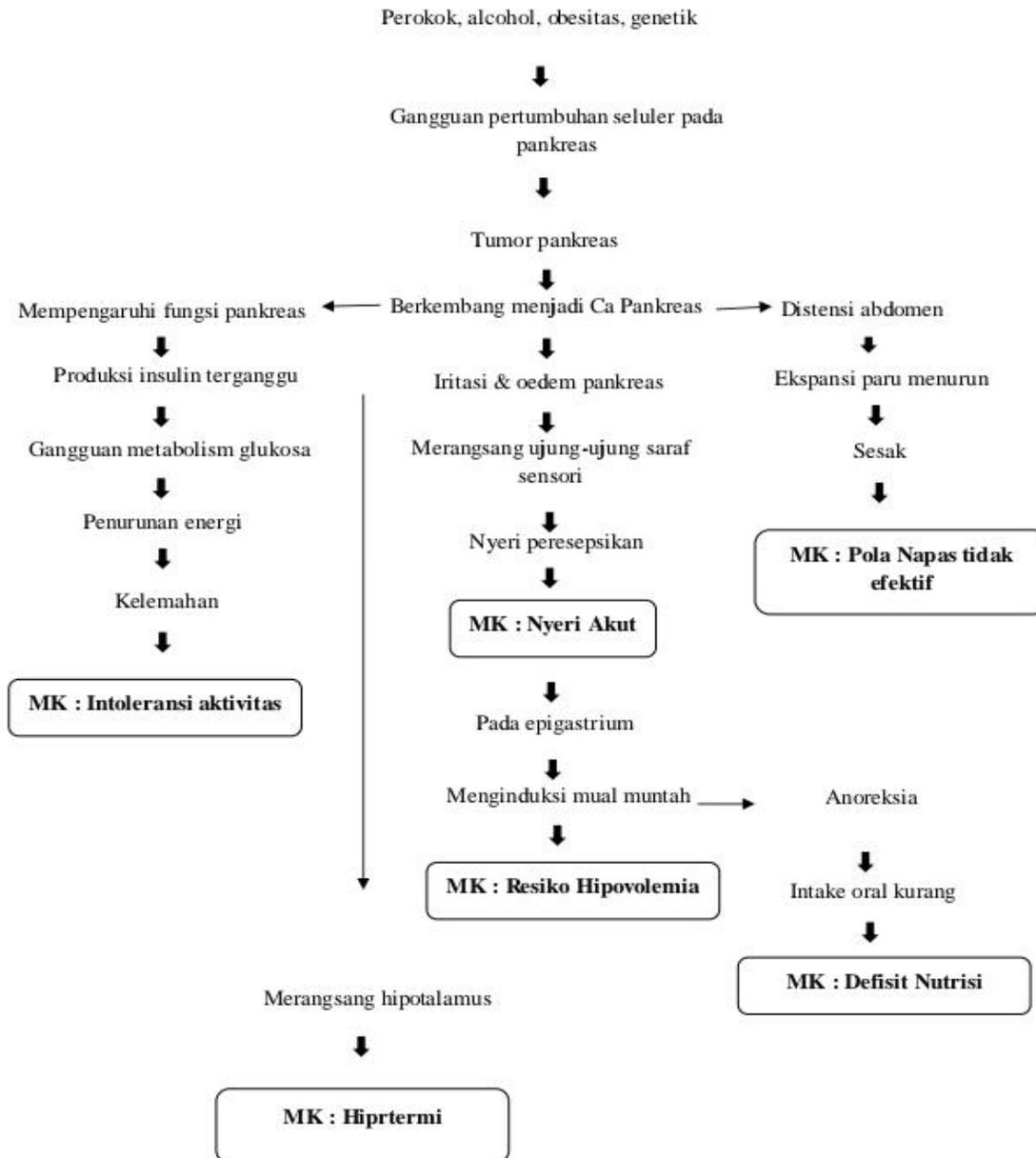
Implementasi adalah pelaksanaan dari perencanaan intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik, oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2011).

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau tindakan spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan, didalam proses implementasi keperawatan pada pasien angina pektoris dengan gangguan intoleransi aktivitas menggunakan standar intervesni keperawatan Indonesia yaitu manajemen energi yaitu mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi dan mencegah kelelahan serta mengoptimalkan proses pemulihan (Tim Pokja SIKI DPP, 2018).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi yang dimana evaluasi keperawatan ini dicatat dan disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan meliputi data subjektif (S) dan objektif (O), Analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil Analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua dicatat pada formulir catatan perkembangan (Dinarti, Aryani, & Heni Chairani, 2013).

2.3 Web Of Caution Kanker Pankreas



2.4 Teori Keperawatan Marjory Gordon

Marjory Gordon merupakan ahli teori keperawatan yang lahir di Cleveland, Ohio, Amerika Serikat pada 10 November 1931 dan tutup usia di Massachusetts, Amerika Serikat pada 29 April 2015. Marjory Gordon terkenal karena menciptakan model diagnostik keperawatan yang dikenal sebagai pola fungsional. Ini terdiri dari daftar kegiatan dan perilaku yang berkontribusi pada kesehatan dan kualitas hidup orang. Marjory Gordon membedakan sebelas pola fungsional perilaku dalam karyakaryanya. Teori keperawatan Marjori Gordon, diantaranya :

1. Pola Persepsi Kesehatan-Manajemen Kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan.

Persepsi terhadap arti kesehatan dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

2. Pola Nutrisi-Metabolisme

Menjelaskan pola konsumsi makanan dan cairan berhubungan dengan kebutuhan metabolisme dan pola petunjuk dari kebutuhan nutrisi. Pola ini berfokus pada masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, fluktuasi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah atau penyembuhan kulit dan makanan kesukaan.

3. Pola Eliminasi

Mendeskripsikan pola fungsi ekskresi (bowel, perkemihan, dan kulit), kebiasaan defekasi. Masalah miksi (oliguria disuri, dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urine dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan perspirasi berlebih, dll. Contoh kasus pola eliminasi seperti urine dalam jumlah banyak, urin encer berwarna pucat dan kuning, perubahan dalam feses (diare), sering buang air besar dan terkadang diare, keringat dingin.

4. Pola Aktifitas-Latihan

Mendeskripsikan pola latihan, aktifitas, waktu luang, dan rekreasi. Pentingnya latihan atau gerak dalam keadaan sehat dan sakit, kemampuan klien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan 0: mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang dan alat, 4 : teragantung dalam melakukan ADL, kekuatan otot dan Range of Motion. Pola ini berfokus pada tingkat aktivitas fisik pasien, baik dalam latihan yang dilakukannya secara sadar maupun selama tugas sehari-hari dan mencoba untuk mengetahui lebih banyak tentang energi yang dimiliki subjek untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

5. Pola Istirahat-Tidur

Pola kelima ini berfokus pada mempelajari pola tidur dan istirahat pasien. Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi tentang energy. Termasuk jumlah jam tidur pada siang dan malam hari, masalah selama tidur,

insomnia atau mimpi buruk, Termasuk juga alat bantu untuk tidur seperti penggunaan obat tidur, rutinitas yang digunakan individu.

6. Pola kognitif perseptual

Mendeskripsikan pola persepsi sensori dan pola kognitif. Termasuk kecukupan model sensorik, seperti penglihatan, pendengaran, rasa, sentuhan, dan bau. Pola ini berupaya mengidentifikasi kemampuan pasien untuk memahami unsur-unsur lingkungan mereka melalui panca indera, serta kemampuan mereka untuk mengambil keputusan, mengikuti instruksi, berpikir secara logis dan menggunakan memori. Tingkat pendidikan , persepsi nyeri dan penanganan nyeri, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, kehilangan bagian tubuh, tingkat kesadaran dll.

7. Pola Persepsi diri

Mendeskripsikan pola persepsi diri dan konsep diri (contoh, kenyamanan tubuh, gambaran diri, keadaan perasaan). Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, citra tubuh, identitas dan ide diri sendiri. Konsep diri dan persepsi diri berkaitan dengan cara kita memandang diri sendiri.

8. Pola Peran dan Hubungan

Mendeskripsikan pola keterlibatan peran dan hubungan. Termasuk persepsi individu dari peran utama dan tanggung jawab dalam situasi kehidupan saat ini. Kepuasan atau gangguan dalam keluarga, pekerjaan, atau hubungan sosial dan mencakup tanggung jawab yang terkait dengan peran-

peran ini. Hubungan interpersonal adalah salah satu bagian terpenting dalam kehidupan orang. Pola ini digunakan untuk menyelidiki hubungan pasien dengan orang-orang di lingkungan mereka.

9. Pola Reproduksi- seksualitas

Menjelaskan pola kepuasan atau ketidakpuasan dengan seksualitas, menggambarkan pola reproduksi. Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan seks, pemeriksaan genital. Contoh kasus Pola Seksualitas – Reproduksi seperti penurunan libido, hipomenore, amenore dan impoten, Haid menjadi tidak teratur dan sedikit, Kehamilan sering berakhir dengan keguguran, Bola mata menonjol, dapat disertai dengan penglihatan ganda (double vision).

10. Pola Koping dan Toleransi Stress

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan penggunaan system pendukung penggunaan obat untuk menangani stress, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress. Pola ini bertanggung jawab untuk mempelajari tingkat stres pasien, memeriksa cara mereka menghadapi situasi kehidupan yang rumit dan situasi sulit yang harus mereka jalani belakangan ini.

11. Pola nilai-kepercayaan

Menjelaskan pola nilai-nilai, tujuan, atau keyakinan (termasuk spiritual). Termasuk apa yang dianggap penting dalam hidup, kualitas hidup, dan setiap konflik yang dirasakan dalam nilai-nilai, keyakinan, atau harapan

yang terkait dengan kesehatan.menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya.

2.5 Literatur Review

Menurut penelitian Farras dkk, tahun 2020 yang berjudul “Ikterus Obstruktif Pada Penderita Tumor Pankreas” Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia pasien yang terdiagnosa ikterus obstruktif pada penderita tumor pankreas sebagian besar berusia >50 tahun sebanyak 30 orang. Untuk jenis kelamin pasien yang terdiagnosa ikterus obstruktif pada penderita tumor pankreas sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 23 orang. Untuk kadar bilirubin direct pasien yang terdiagnosa ikterus obstruktif pada penderita tumor pankreas sebagian besar tidak normal sebanyak 37 orang. Untuk kadar bilirubin total pasien yang terdiagnosa ikterus obstruktif pada penderita tumor pankreas sebagian besar tidak normal sebanyak 39 orang. Untuk pemeriksaan penunjang pasien yang terdiagnosa ikterus obstruktif pada penderita tumor pankreas sebagian besar menggunakan USG sebanyak 28 orang. Dan untuk tindakan operasi pasien yang terdiagnosa ikterus obstruktif pada penderita tumor pankreas sebanyak 28 orang.

Menurut penelitian Aulia dkk, tahun 2015 yang berjudul “ Karakteristik Penderita kanker pankreas di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang tahun 2009-2013” hasil penelitian menyatakan bahwa penderita paling banyak berusia 55-64 tahun dan lebih banyak pada laki-laki, salah satu faktornya adalah laki-laki lebih banyak mengonsumsi rokok daripada perempuan.

Manifestasi klinis yang paling banyak adalah nyeri abdomen, Nyeri abdomen terjadi pada penderita kanker pankreas hingga 80%. Pada stadium lanjut, penderita kanker pankreas yang mengalami nyeri abdomen adalah 78-82%. Pada penelitian ini, ikterus terjadi pada 65,12% penderita kanker pankreas yang tidak jauh berbeda pada penelitian lainnya. Ikterus disebabkan karena lokasi tumor yang biasanya pada caput pankreas sehingga menekan saluran empedu dan terjadi obstruksi, yang ditandai dengan peningkatan bilirubin, terutama bilirubin direk. Penderita lebih banyak memiliki kadar bilirubin lebih dari normal, terutama bilirubin direk.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker pankreas di ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati.

1.3 Pengkajian

1.3.1 Identitas

Pasien bernama Ny “S” usia 61 tahun, berjenis kelamin Perempuan, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama Islam, pendidikan SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga dan sudah menikah. Pasien masuk ke Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 16 Oktober 2021 pukul 18.00 WIB dengan diagnose *Kanker Pankreas*.

1.3.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada perut sebelah kanan setelah post operasi, dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 6 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke IGD RSPAL Surabaya pada tanggal 16 Oktober 2021 jam 10.50 WIB dengan keluhan nyeri perut, mual muntah dan nafsu makan menurun. Saat di IGD Nn.S dilakukan tindakan pasang infus Pz 18 tpm, dilakukan observasi TTV tensi 130/80 mmHg, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit, Nadi 84x/menit, SPO₂ 98%, dan mendapatkan injeksi ketorolag 30mg, dan inj. dexametason 1 amp (5mg). Pada pukul 18.00 wib pasien di MRS kan di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan. Saat di kaji pada tanggal 20 Oktober 2021 Ny.S mengeluh nyeri pada lokasi bekas operasi perut

sebelah kiri. Hasil didapatkan pasien tampak lemas, menyeringai, pasien post operasi hari ke 3, terdapat luka bekas operasi di perut, pasien terlihat lemas, gcs 456, Vital Sign di temukan TD 130/80 MmHg, Nadi 100 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,9C, SPO2 99%.

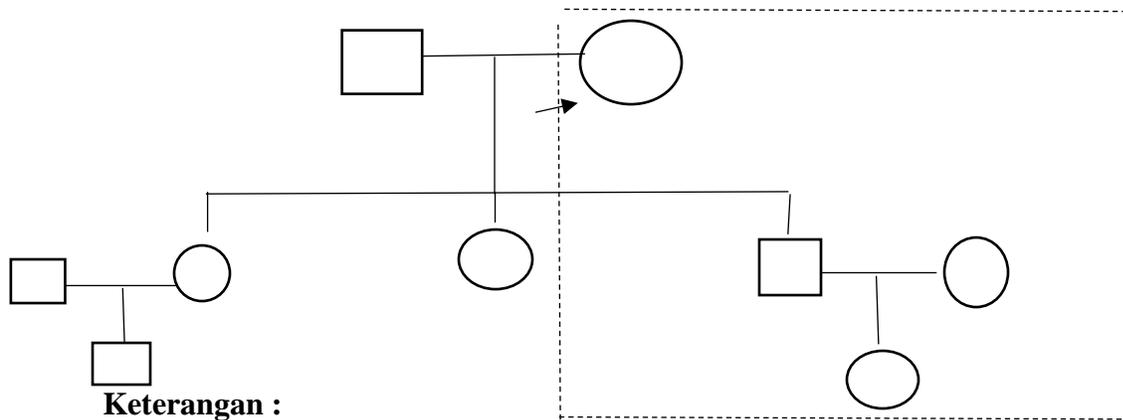
3. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular apapun seperti DM dan TBC .

4. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien sekarang dan tidak ada yang menderita penyakit menular ataupun keturunan.

5. Genogram pada Ny.S



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan

----- : tinggal 1 rumah

→ : pasien

X : meninggal

4. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan, minuman ataupun obat-obatan.

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan tanda – tanda vital: suhu: 36,9 C, nadi: 100x/menit, tekanan darah :130/80 mmHg, frekuensi nafas: 20 x/menit, tinggi badan: 164 cm, berat badan: 75 kg.

2. Pemeriksaan fisik B1 (*Breath/ Pernapasan*)

Dari hasil wawancara didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan tidak terdapat sesak nafas, pemeriksaan Inpeksi diperoleh data pasien memiliki bentuk dada normochet nafas spontan, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas regular, tidak batuk, tidak ada sputum dan tidak ada sianosis, RR 20 x/menit, tidak ada sianosis, tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan suara nafas vesikuler , pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara roncki/wheezing.

3. Pemeriksaan fisik B2 (*Blood/ Sirkulasi*)

Dari hasil pemeriksaan didapatkan konjungtiva tidak anemis, wajah terlihat tidak pucat, mata tidak cowong, tidak ada pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis terlihat, tidak terdapat odema, tidak terdapat sianosis, terpasang CVP sebelah kanan. Pada pemeriksaan Palpasi didapatkan akral teraba hangat, kering, merah, CRT <2 detik, ictus cordis teraba (ICS V MID clavicula sinistra), nadi teraba regular dan kuat 100x/menit, sklera konjungtiva normal, tidak ada nyeri tekan di dada. Pada saat

pemeriksaan Perkusi didapatkan suara pekak, pada pemeriksaan Auskultasi didapatkan irama jantung reguler, bunyi jantung S1/S2 tunggal.

4. Pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* Persarafan)

Pada pemeriksaan inpeksi didapatkan hasil keadaan umum pasien baik, pasien mampu merespon arahan dari perawat, kesadaran pasien composmentis, GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh, orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih dan bau makanan, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat menggerakkan lidah, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglosus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

5. Pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/* Perkemihan)

Pada pemeriksaan wawancara pasien mengatakan frekuensi berkemih pasien lebih dari 4-6 kali dalam sehari, sebelum masuk rumah sakit pasien dapat menghabiskan kurang lebih 1300ml dalam sehari, pasien tidak memiliki gangguan dalam proses berkemih. pada pemeriksaan Inpeksi didapatkan hasil pasien terpasang kateter, BAK 4x/24 jam dengan jumlah $\pm 1000\text{cc}/24$ jam dengan warna kuning pekat. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada perkemihan. Saat pemeriksaan perkusi suara kandung kemih timpani.

6. Pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/Pencernaan*)

Didapatkan hasil wawancara pasien tidak mengeluh mual muntah. Pada pemeriksaan inpeksi mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, pasien terpasang NGT dengan produksi cairan lambung berwarna hijau tua 3cc, terdapat nyeri pada perut karena luka operasi hari ke 3 selama di rumah sakit pasien BAB 1 kali, pemeriksaan auskultasi didapatkan bising usus 4x/menit. saat dilakukan palpasi tidak terdapat hepatomegali (pembesaran hati), saat dilakukan perkusi terdapat suara timpani.

7. Pemeriksaan fisik B6 (*Bone/Muskuloskeletal*)

Didapatkan hasil wawancara pasien mengatakan badannya merasa tidak enak, terasa lemas dan mengatakan sesak setelah beraktivitas seperti duduk ditempat tidur. Pada pemeriksaan pasien mampu menggerakkan persendiannya, tidak ada nyeri sendi dan nyeri tulang, tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555.

8. Pemeriksaan sistem integumen

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan hasil kulit pasien berwarna kuning pekat seluruh badan, terdapat luka bekas operasi pada perut kiri, terdapat kemerahan disekitar luka, Terdapat nyeri pada perut bekas operasi dengan skala 6 (1-10), nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul.

9. Pemeriksaan sistem penginderaan

Didapatkan hasil pada sistem penglihatan yaitu lapang pandang normal, reflek cahaya (+/+), sklera ikterik, pasien tidak buta warna, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien dapat melihat jam di dinding. Sistem pendengaran didapatkan hasil telinga simetris, tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, sistem pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar. Sistem penciuman didapatkan hasil tidak ada polip, tidak terdapat sinusitis, terdapat septum di tengah, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Sistem perabaan yaitu pasien bisa membedakan perabaan kasar dan halus dengan sesuai.

10. Pemeriksaan sistem endokrin

Didapatkan keadaan tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, dan pasien mengatakan tidak memiliki penyakit diabetes mellitus. Pemeriksaan sistem reproduksi atau genitalia didapatkan pasien berstatus sudah menikah dan siklus menstruasi lancar, tidak ada kelainan pada payudara dan genitalia.

3.1.4 Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak meminum minuman beralkohol,.

Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

2. Pola Nutrisi Metabolik

a. Pola makan

Sebelum masuk rumah sakit pola makan pasien 4x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan. Saat dirumah sakit pola makan pasien 3x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan. Porsi makan habis $\frac{3}{4}$ porsi.

b. Pola minum

Pasien di rumah minum dengan frekuensi 9x/24jam dengan jenis air mineral dan jumlah ± 1750 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum dengan ± 1000 cc/ 24 jam jenis minum air mineral.

3. Pola Eliminasi

a. Buang air besar

Saat dirumah pasien setiap 1-2 hari sekali BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien BAB masih 1x.

b. Buang air kecil

Selama dirumah pasien BAK 7x/hari dengan warna kuning pekat. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK 4x/hari dengan jumlah ± 900 cc/24jam dengan warna kuning pekat.

4. Pola Aktifitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh mandi dengan diseka, berpakaian.

b. Kebersihan diri

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit mandi 2x sehari dengan sabun mandi, saat di RS pasien mengatakan hanya diseka tiap pagi dengan bantuan keluarga. Pasien mengatakan mencuci rambut 2x seminggu dengan shampo. Saat masuk Rumah Sakit, pasien belum mencuci rambut. Pasien mengganti pakaian 1 kali sehari, menggosok gigi 2x saat pagi dan sore hari dan saat di RS pasien belum menggosok gigi, pada saat di RS pasien belum memotong kuku.

c. Aktifitas sehari-hari

Aktifitas sehari-hari pasien yakni mengurus rumah dan terkadang merawas cucunya.

d. Rekreasi

Pasien selama memiliki waktu luang untuk mengusir rasa bosan biasanya bermain gadget.

e. Olahraga

Pasien olahraga jalan kaki pada saat hari minggu.

5. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur siang ± 1 jam (14.00-15.00 WIB), saat dirumah sakit pasien mengatakan tidur siang selama 3 jam (13.00-15.00 WIB). Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit tidak ada gangguan tidur.

6. Pola kognitif perseptual

Pasien mengatakan belum pernah mengalami sakit pada mulutnya sebelumnya, hanya saja pernah sakit gigi. Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Jawa dan Indonesia. Pasien mengatakan nyeri pada mulutnya dengan nyeri seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 (0-10) serta nyeri hilang timbul, fungsi penglihatan pasien normal, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada didinding, fungsi pendengaran pasien normal serta pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

7. Pola persepsi diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan tidak ada kekurangan pada dirinya karena semua merupakan pemberian dari tuhan.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang perempuan berusia 61 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah seorang nenek yang memiliki 3 orang anak, dan tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga.

d. Ideal diri

Pasien berharap agar anak-anaknya semua bisa sukses mendapatkan pekerjaan.

e. Harga diri

Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien.

8. Pola peran dan hubungan

Keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien, selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Pasien tampak dekat dengan anaknya.

9. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien seorang perempuan dan tidak ada masalah pada area genitalia, genitalia bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada edema, tidak ada masalah dalam menstruasi, tidak ada kelainan pada payudara, pasien memiliki 3 orang anak.

10. Pola koping dan toleransi stress

Pasien mengatakan mampu beradaptasi terhadap masalah dengan baik, pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang. Saat mempunyai masalah didalam keluarganya pasien selalu cerita kepada anaknya.

11. Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama islam, mengatakan sakit ini adalah ujian dari Allah dan karena semua penyakit pasti ada obatnya jika mau bersabar.

3.1.4 Data Penunjang

1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis	Hasil	Unit	Nilai Normal
Pemeriksaan DL tanggal 19 Oktober 2021			
Leukosit	09.32	$10^3/Ul$	4.0 – 10.0
Eosinophil%	0.20	%	0.5-5.0
Limfosit	8.40	%	20.0-40.0
Hemoglobin	10.40	g/dl	13-17
Hematocrit	30.90	%	40.0-54.0
PCT	0,248	$10^3/Ul$	1.08 – 2.82
Kimia klinik Fungsi hati			
SGOT	57	U/L	0-35
Bilirubin total	19.13	Mg/Dl	0.10-1.00
Bilirubin direk	14.90	Mg/dl	0.00-0.20
Albumin	2.71	MEg/L	3.50-5.20
Glukosa darah sewaktu	125	Mg/dl	74-106

2. MRI Perut

Hasil kesimpulan:

- a. Tanpa obstruksi sistem billier
- b. Suspek masa di distal CBD (DD, Massa Caput Pankreas) dengan ukuran sekitar 3,83 cm x 3,69cm yang menyebabkan dilatasi sytem bilier di proximalnya, diameter CBD 2,42cm
- c. Hydrops gallbladder+ Cholecystitis + Sludge gallbladder
- d. Multiple kista di ginjal kanan kiri

3.1.5 Terapi Medis

Terapi	Dosis	Rute	Indikasi
Inf. Ns	1000 ml x 24 jam	IV	Mengganti cairan plasma isotonik yang hilang.
Metronidazole	3 x 500mg	oral	Obat antibiotic untuk mengobati dan mencegah infeksi
Ketorolac	3 x 1 amp (30 mg)	IV	Obat pereda nyeri
Vitamin K	2 x 1 (25mg)	Oral	Membantu pembekuan darah

3.2 Analisa Data

Data / Faktor resiko	Etiologi	Masalah/ Problem
<p>Data Subyektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di perut (bekas post operasi)</p> <p>b. P: post operasi pankreas, Q: Tertusuk, R: perut , Skala : 6 (1-10), T: hilang timbul</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>a. Tekanan darah : 130/80 mmHg, Nadi 100x/menit</p> <p>b. Pasien tampak menyeringai</p> <p>c. Nafsu makan berubah</p> <p>d. Post.operasi hari ke 3</p> <p>e. Terdapat luka pada perut bagian kiri</p>	<p>Agen pencedera fisik :</p> <p>Post operasi kanker pankreas</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI, D.0077)</p>
<p>Faktor resiko :</p> <p>a. Telah melakukan procedure invasive : terdapat bekas luka post operasi</p> <p>b. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit, nilai hemoglobin 9.90 g/dl (13-17g/dl, leukosit $9.32 \cdot 10^3/\text{ul}$)</p>	<p>Efek procedure invasive:</p> <p>Luka post operasi kanker pankreas</p>	<p>Resiko infeksi (SDKI, D.0142)</p>
<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan badannya merasa tidak enak, dan merasa lemas</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Pasien terlihat lemas</p> <p>b. Tekanan darah 130/80 mmhg, Nadi 100x/menit</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktifitas (SDKI, D.0056)</p>

3.3 Prioritas Masalah

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		Ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik: Post operasi kanker pancreas (SDKI, D.0077)	20-10-2021		Feni Novita Sari
2	Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek procedure invasive : luka post operasi kanker pankreas (SDKI, D.0142)	20-10-2021		Feni Novita Sari
3	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0056)	20-10-2021		Feni Novita Sari

3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik: luka Post operasi kanker pancreas (SDKI, D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam masalah nyeri teratasi atau berkurang.	<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Pasien tidak menunjukkan ekspresi wajah meringis / kesakitan 3. TTV dalam batas normal 	<p>Manajemen Nyeri (Hal 246)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan teknik relaksasi pada saat nyeri (teknik nafas dalam) 3. Anjurkan teknik distraksi (saat nyeri alihkan dengan menonton video) 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan dipertahankan 20C, kebisingan) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tentang patofisiologi nyeri dan meredakan nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan hasil kolaborasi (Inj. Ketorolac 3 x 30 mg/ IV) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui karakteristik dan keadaan nyeri. 2. Teknik nafas dalam dapat mengurangi nyeri 3. Tidur yang cukup akan membantu meningkatkan stamina tubuh. 4. Lingkungan yang nyaman akan mendukung proses tidur. 5. Pasien mengetahui penyebab nyeri 6. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan

2	Resiko infeksi dibuktikan dengan: luka post operasi kanker pankreas (SDKI, D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam infeksi tidak terjadi	Kriteria hasil : 1. pasien mengatakan tidak nyeri dan panas 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi (color,dolor,rubor ,tumor, fungsio lesa) 2. Ttv dalam batas normal	Pencegahan infeksi (siki, hal278) Obsevasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik : 2. Rawat kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka Edukasi : 3. Jelaskan tanda gejala infeksi 4. Ajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar Kolaborasi 5. Berikan hasil kolaborasi antibiotik (metronidazole 500 mg/oral)	1. Mengenali tanda dan gejala infeksi 2. Mempercepat pemulihan luka dan mencegah infeksi 3. pasien mampu mengenali tanda infeksi 4. Mencegah terjadinya infeksi 5. Untuk mencegah terjadinya infeksi
3	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Luaran utama : Toleransi Aktivitas (SLKI, hal 149) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi dalam batas normal 2. Keluhan lemas menurun	Manajemen Energi (SIKI, hal 176) Observasi 1. Monitor penyebab yang mengakibatkan kelelahan Terapeutik 2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan (bermain hp, dan mendengarkan music)	1. Mengetahui penyebab kelelahan 2. Distraksi dapat mengurangi kelelahan 3. Mencegah terjadinya kelemahan otot 4. Agar perawat dapat merencanakan solusi untuk mengurangi kelelahan

		diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas meningkat	3. Ttv dalam batas normal	Edukasi 3. Anjurkan istirahat yang cukup 4. Anjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap (duduk semifowler)	
--	--	---	---------------------------	--	--

3.5 Implementasi & Evaluasi

No Dx	Hari/ Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/ Tgl Jam	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1,2,3	08.00	Rabu, 20 oktober 2021 Membina hubungan saling percaya dengan pasien	FNS	Rabu, 20 oktober 2021	Diagnosa 1 S:	FNS
1	08.10	Mengidentifikasi keluhan pasien h/ pasien mengeluh nyeri dibekas post operasi	FNS	14.00	a. Pasien mengatakan sudah paham tekni nafas dalam b. P: post operasi pankreas, Q: Tertusuk, R: perut , Skala : 6 (1-10), T: hilang timbul	
1	08.30	Mengobservasi nyeri secara komprehensif h/ P: post operasi pankreas, Q: Tertusuk, R: perut , Skala : 6 (1-10), T: hilang timbul	FNS		O: c. Tampak menyeringai kesakitan d. Bersifat proktektif	
2	10.00	Melakukan rawat luka h/ terdapat kemerahan pada luka perut, tidak terdapat pus, tidak ada bengkak	FNS		e. Nadi 110x/menit f. Pasien paham cara dan dapat mempraktekkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	
1,2,3	10.40	Memonitor tanda vital pasien h/ TD 130/80 mmhg, Nadi 110 x/menit, RR 21 x/menit, Suhu 36,9°C, SPO ² 98%	FNS		A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2	
2,3	11.00	Mengontrol suhu ruangan dan mempertahankan suhu ruangan 20celsius h/ pasien sudah merasa nyaman dengan suhu ruangan pada kamar	FNS	14.00	Diagnosa 2 S : pasien mengatakan pada saat dirumah akan mengonsumsi buah dan sayur yang disarankan	FNS

2	11.30	Mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam h/ pasien mampu mempraktekan teknis nafas dalam	FNS		O: a. Terdapat kemerahan sekitar luka, tidak ada bengkak/pus b. Nyeri pada perut saat dipegang, suhu tubuh 36,9	
1	12.05	Memberikan terapi injeksi (iv) cinam 100mg, ketorolac 30mg dan transamin 500 mg	FNS		A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
1,2	13.00	Mengganti cairan infus Nacl 500ml Pemberian obat oral vitamin K 500mg, metronidazole 500mg/oral Mengobservasi terapi yang sudah dilakukan	FNS	14.00	Diagnosa 3 S: pasien mengatakan tidak ada bengkak, tidak terasa hangat, atau kemerahan di sekitar luka post operasi O: lua post operasi tidak terdapat tanda-tanda infeksi	FNS
1	15.00	h/ tidak ada efek samping terapi	FNS		A : Masalah keperawatan belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
1	15.10	Memberikan edukasi pada pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur		21.00	Diagnosa 1 S: Pasien mengatakan nyeri saat dibuat bergerak Q: Tertusuk-tusuk , R: mengatakan nyeri di sebelah kiri , Skala : 6 (1-10), T: nyeri hilang timbul O: Pasien paham cara dan dapat mempraktekkan teknik	
2	16.00	Mengajarkan pasien dan keluarga pentingnya mencuci tangan h/ pasien paham dan mempraktekkan cuci tangan yang benar	FNS		O: Pasien paham cara dan dapat mempraktekkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2	FNS
1	17.00	Mengobservasi nyeri secara komprehensif	FNS	21.00	Diagnosa 2 S : pasien mengatakan lukanya masih perih O: Tidak ada rembesan pada balutan luka	

		h/ P: nyeri saat bergerak, Q: Tertusuk-tusuk , R: mengatakan nyeri di sebelah kiri , Skala : 6 (1-10), T: nyeri hilang timbul	FNS		A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
1,2	18.00	Memberikan terapi obat ketorolac 30 mg /iv, vit K /iv	FNS	21.00	Diagnosa 3 S: pasien mengatakan melakukan aktivitas distraksi O: pasien tampak mengerti aktivitas distraksi A : Masalah keperawatan belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
1,2,3	18.40	Mengobservasi efek terapi obat dan mengecek balutan luka : h/tidak ada efek samping dan rembesan pada luka	FNS	07.00	Diagnosa 1 S: pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi O: Frekuensi tidur pasien 8jam, tidak ada efek samping terapi obat, ekspresi wajah meringis berkurang, Tanda vital : TD 128/80 mmhg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,5 ⁰ C, SPO ² 99%	FNS
1,2,3	19.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat				
1,2,3	20.00	Menedukasi pasien untuk melakukan aktivitas distraksi jika kelelahan muncul	FNS			FNS
1,2,3	04.30	Memberikan air hangat untuk mandi	FNS		A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2	
2	05.30	Mengobservasi ttv : h/ TD 128/80 mmhg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,5 ⁰ C, SPO ² 99%	FNS	07.00	Diagnosa 2 S : pasien mengtakan lukanya tidak terasa perih jika sedang tidur O: Tidak ada rembesan pada balutan luka, pasien dapat tidur dengan nyenyak dan tenang, luka tampak kemerahan, A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	FNS
1,2,3	05.40	Memberikan terapi obat ketorolac 30 mg /iv, vit K /iv	FNS			

				07.00	Diagnosa 3 S: pasien mengatakan masih lemas O: TD 128/80 mmhg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,5°C, SPO ² 99%, pasien tampak sedikit lemas, pasien tirah baring A : Masalah keperawatan belum teratasi P : lanjutkan intervensi	FNS
No Dx	Hari/ Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/ Tgl Jam	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1,2,3	08.00	Rabu, 21 oktober 2021 Mengidentifikasi keluhan pasien h/ pasien mengeluh masih nyeri dibekas post operasi Mengobservasi nyeri secara komprehensif h/ P: post operasi pankreas, Q: Tertusuk, R: perut , Skala : 5 (1-10), T: hilang timbul Melakukan rawat luka h/ terdapat kemerahan pada luka perut, tidak terdapat pus, tidak ada bengkak	FNS	Rabu, 21 oktober 2021 14.00	Diagnosa 1 S: <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengeluh masih nyeri dibekas post operasi • P: post operasi pankreas, Q: Tertusuk, R: perut , Skala : 5 (1-10), T: hilang timbul O: <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi menyeringai berkurang • Nadi 104x/menit • Saat nyeri pasien masih mempraktekkan teknik nafas dalam A: Masalah keperawatan teratasi sebagian	FNS
1	08.10		FNS			
2	08.30	Mengobservasi terapi yang sudah dilakukan	FNS			

1	09.15	h/ saat nyeri pasien selalu melakukan terapi nafas dalam Memonitor tanda vital pasien h/ TD 135/87 mmhg, Nadi 104 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 37 °C, SPO ² 99%	FNS	14.00	P: Lanjutkan intervensi 1,2 Diagnosa 2 S : pasien mengatakan lukanya masih nyeri dan O: pada luka tidak ada bengkak/pus, tidak ada rembesan pada balutan A : masalah belum teratasi	FNS
1,2,3	10.00	Membantu mengubah posisi yang lebih nyaman dan melatih pasien beraktivitas secara bertahan dengan posisi semifowler h/ aktivitas semifowler dilakukan dengan dibantu keluarga	FNS	14.00	P : lanjutkan intervensi Diagnosa 3 S: pasien mengatakan lems sedikit berkurang O: A : Masalah keperawatan belum teratasi	
1	10.40	Memberikan terapi injeksi (iv) ketorolac 30mg dan transamin 500 mg Pemberian obat oral vitamin K 500mg	FNS	21.00	P : lanjutkan intervensi Diagnosa 1 S: Pasien mengatakan nyeri saat dibuat bergerak Q: Tertusuk-tusuk , R: mengatakan nyeri di sebelah kiri , Skala : 5 (1-10), T: nyeri hilang timbul	FNS
1,2,3	11.00	Menjelaskan tanda-gejala infeksi h/pasien paham dengan apa yg sudah dijeaskan	FNS		O: a. Ekspresi menyeringai berkurang b. Nadi 104x/menit c. Saat nyeri pasien masih mempraktekkan teknik nafas dalam	FNS
2	11.30	Mempertahankan kondisi aseptik pada luka	FNS			
1,2	12.05	Mengobservasi nyeri secara komprehensif	FNS			

1,2,3	15.00	h/ P: nyeri saat bergerak, Q: Tertusuk-tusuk , R: mengatakan nyeri di sebelah kiri , Skala : 5 (1-10), T: nyeri hilang timbul Memberikan terapi obat ketorolac 30 mg /iv, vit K /iv Mengobservasi efek terapi obat dan	FNS		A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2	
1,2	15.10	mengecek balutan luka : h/tidak ada efek samping dan rembesan pada luka	FNS	21.00	Diagnosa 2 S : pasien mengatakan lukanya tidak perih O: Tidak ada rembesan pada balutan luka A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
2	16.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat Mengecek cairan infus ; infus mengalir lancer	FNS	21.00	Diagnosa 3 S: pasien mengatakan tidak ada bengkak, tidak terasa hangat, atau kemerahan di sekitar luka post operasi O: luka post operasi tidak terdapat tanda-tanda infeksi A : Masalah keperawatan belum teratasi P : lanjutkan intervensi	FNS
1,2,3	18.00	Memberikan air hangat untuk mandi	FNS			FNS
1,2,3	18.40	Mengobservasi ttv : h/ TD 128/80 mmhg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,5 ⁰ C, SPO ² 99%	FNS	07.00	Diagnosa 1 S: pasien mengatakan dapat tertidur dengan nyenyak O: Frekuensi tidur pasien 8jam, tidak ada efek samping terapi obat A: Masalah keperawatan belum teratasi	
1		Menanyakan kualitas dan frekuensi tidur	FNS	07.00	P: Lanjutkan intervensi 1,2	

1,2,3	19.00 20.00 05.40	h/pasien dapat tidur dengan tenang, frekuensitidur malam 8jam t	FNS	07.00	<p>Diagnosa 2</p> <p>S : pasien mengatakan lukanya tidak terasa perih jika sedang tidur</p> <p>O: Tidak ada rembesan pada balutan luka, pasien dapat tidur dengan nyenyak dan tenang</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa 3</p> <p>S: pas pasien mengatakan lukanya tidak terasa perih jika sedang tidur ien mengatakan</p> <p>O: TD 128/80 mmhg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,5⁰C, SPO² 99%</p> <p>A : Masalah keperawatan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
-------	-----------------------------	--	------------	-------	---	--

No Dx	Hari/ Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/ Tgl Jam	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan	Paraf
1,2,3	08.00	Jumat , 22 oktober 2021 Mengidentifikasi keluhan pasien h/ pasien mengeluh nyeri sudah tidak seberapa	FNS	Jumat , 22 oktober 2021 14.00	Diagnosa 1 S: pasien mengeluh nyeri sudah tidak seberapa, P: pasien mengatakan nyeri saat dibuat aktivitas berlebih, Q: Tertusuk-tusuk, R: perut , Skala : 4 (1-	FNS
1	08.10	Melakukan rawat luka h/ terdapat kemerahan pada luka perut, tidak terdapat pus, tidak ada bengkak	FNS		O: a. Ekspresi menyeringai berkurang b. Nadi 102x/menit c. Saat nyeri pasien masih mempraktekkan teknik nafas dalam	
2	08.30	Mengobservasi nyeri secara komprehensif h/ P: pasien mengatakan nyeri saat dibuat aktivitas berlebih, Q: Tertusuk-tusuk, R: perut , Skala : 4 (1-10), T: hilang timbul	FNS		A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2	
1	09.15	Mengobservasi terapi yang sudah dilakukan h/ saat nyeri pasien selalu melakukan terapi nafas dalam	FNS	14.00	Diagnosa 2 S : pasien mengatakan lukanya sudah tidak seerapa nyeri O: luka tidak terdapat tanda infeksi, Suhu 36,9 °C	FNS
1,2,3	10.00	Memonitor tanda vital pasien			A : masalah belum teratasi sebagian	

1	10.40	h/ TD 128/87 mmhg, Nadi 102 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,9 °C, SPO ² 99%	FNS	14.00	P : lanjutkan intervensi Diagnosa 3 S: pasien mengatakan lemas berkurang dan sudah mampu duduk demifowler secara mandiri O: pasien dapat duduk semifowler, A : Masalah keperawatan belum teratasi P : lanjutkan intervensi	FNS
1,2,3	11.00	Membantu mengubah posisi yang lebih nyaman h/ membantu posisi semifowler	FNS			
1,2,3	11.30	Memberikan terapi injeksi (iv) ketorolac 30mg,				
1,2	12.05	Memberikan obat oral vitamin K 500mg, metronidazol 500mg Menjelaskan tanda-gejala infeksi	FNS	21.00	Diagnosa 1 S: Pasien mengatakan nyeri saat dibuat bergerak Q: Tertusuk-tusuk , R: mengatakan nyeri di sebelah kiri , Skala : 5 (1-10), T: nyeri hilang timbul	FNS
2,3	15.00	h/pasien paham dengan apa yg sudah dijeaskan	FNS		O: Ekspresi menyeringai berkurang a. Nadi 104x/menit b. Saat nyeri pasien masih mempraktekkan teknik nafas dalam c. terapi obat ketorolac 30 mg A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1,2	
1,2,3	15.10	Mempertahankan kondisi aseptik pada luka Mengobservasi nyeri secara komprehensif	FNS			
2,3	18.00	h/ P: nyeri saat bergerak, Q: Tertusuk-tusuk , R: mengatakan nyeri di sebelah kiri , Skala : 5 (1-10), T: nyeri hilang timbul	FNS	21.00	Diagnosa 2 S : pasien mengtakan lukanya tidak perih O: Tidak ada rembesan pada balutan luka dan tidak	

2,3	18.40	Memberikan terapi obat ketorolac 30 mg /iv, vit.K 25mg (oral)	FNS		ada tanda infeksi A : masalah teratasi sebagian	
3	19.00	Mengobservasi keadaan umum pasien h/ pasien mengatakan tidak lemas dan dapat beraktivitas di tempat tidur	FNS	21.00	P : pertahankan intervensi Diagnosa 3 S: pasien mengatakan sudah tidak lemas O:	
2	21.00	mengecek balutan luka : h/tidak ada efek samping dan rembesan pada luka	FNS		A : Masalah keperawatan teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi	FNS
1	21.05	Menganjurkan pasien untuk istirahat	FNS		Diagnosa 1	
1,2,3	06.00	Memberikan air hangat untuk mandi			S: pasien mengatakan nyeri sudah menurun O: pasien tampak rileks tidak ada ekspresi meringis kesakitan.	FNS
1,2,3	06.10	Mengobservasi ttv : h/ TD 129/78 mmhg, Nadi 105 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,5 ⁰ C, SPO ² 99%	FNS	07.00	A: Masalah keperawatan teratasi P: Intervensi dihentikan	
1	06.20	Menanyakan kualitas dan frekuensi tidur h/pasien dapat tidur dengan tenang, frekuensitidur malam 8jam	FNS	07.00	Diagnosa 2 S : pasien mengatakan luka tidak terasa nyeri O: tidak terdapat tanda-tanda infeksi TD 125/78 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,50C, SPO ² 99% A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dipertahankan	FNS

				07.00	Diagnosa 3 S: pasien mengatakan sudah tidak lemas dan dapat beraktivitas di tempat tidur (posisi semi fowler) O: TD 125/78 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,5 ⁰ C, SPO ² 99% , A : Masalah keperawatan teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi	FNS
--	--	--	--	-------	---	------------

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis *Kanker pankreas* di Ruang C1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 18-25 Oktober 2021 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Data didapatkan, pasien bernama Ny. S, berjenis kelamin perempuan, umur 61 tahun dengan diagnosa kanker caput pancreas post operasi hari ke 3. Data tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Aulia dkk, 2015) Menunjukkan bahwa kanker pankreas sering terjadi pada usia 55-64 tahun dan berjenis kelamin laki-laki karna lebih banyak mengonsumsi rokok dari pada perempuan. Risiko terkena kanker pankreas 2,2 kali lebih tinggi pada orang yang mengonsumsi rokok daripada yang tidak pernah merokok.

Keluhan pertama pasien nyeri pada perut sebelah kiri setelah post operasi, dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 6 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul. Menurut penelitian (Aulia dkk, 2015) Nyeri perut terjadi pada penderita kanker pankreas hingga 80%, rasa nyeri dapat menjalar ke belakang pada punggung

penderita, Nyeri perut yang berat menunjukkan kanker lanjut yang meluas ke jaringan sekitarnya dan sudah tidak dapat direseksi.

Pada pemeriksaan sistem integumen pada pemeriksaan inspeksi terdapat luka bekas operasi pada perut kiri, terdapat kemerahan disekitar luka, Terdapat nyeri pada perut bekas operasi dengan skala 6 (1-10), nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis. Hasil laboratorium darah lengkap didapatkan nilai hemoglobin 9.90 g/dl (13-17g/dl), leukosit $9.32 \cdot 10^3/u$. Pada pemeriksaan muskuloskeletal, pasien mengatakan badannya merasa tidak enak dan terasa lemas, TD 130/80 mmhg, Nadi 110 x/menit, RR 21 x/menit, Suhu $36,9^{\circ}C$, SPO₂ 98%. Asumsi peneliti dalam hal ini yaitu tetap melakukan perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi sistemik dan tetap menjaga nafsu makan klien dengan memberikan makan sedikit tapi sering sesuai diitnya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut teori, diagnosa keperawatan yg muncul pada pasien dengan diagnose medis kanker pancreas ada 5 buah yaitu :

1. Hipertermi

Nyeri akut, Defisit nutrisi, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, Resiko infeksi, resiko hipovolemia. Penulis mengambil masalah keperawatan yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu nyeri akut, resiko infeksi dan intoleransi aktivitas. Penulis tidak mengambil masalah keperawatan hipertermia karena suhu pasien dalam batas normal dan tidak terjadi peningkatan suhu saat dilakukan proses pengkajian sampai evaluasi keperawatan.

Diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis *Kanker caput pankreas* di Ruang C1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya ada 3 yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker pankreas

Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengatakan nyeri di perut bekas post operasi dengan skala nyeri 6 (1-10), seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul, nyeri dirasakan pada saat bergerak atau beraktivitas. Hasil observasi yaitu pasien tampak menyeringai, pasien tampak gelisah, tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 100x/menit, Post.operasi hari ke 3, terdapat luka pada perut bagian kiri. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan mendadak atau lambat onset dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri akut karena nyeri timbul pada saat pasien bergerak atau beraktivitas, maka perlu tindakan utama dalam penanganan klien. Nyeri yang dirasakan oleh klien juga timbul karena adanya kerusakan kulit yang menjadi masalah utama pada klien. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan luka post operasi kanker pankreas

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pada sistem integumen didapatkan luka bekas operasi pada perut kiri, terdapat kemerahan pada luka post operasi, suhu tubuh 36,9 C. Hasil laboratorium darah lengkap didapatkan nilai

hemoglobin 9.90 g/dl (13-17g/dl), leukosit $9.32 \cdot 10^3/u$. Resiko infeksi merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa adanya luka berarti berisiko untuk terserang organisme atau bakteri, sehingga dapat diangkat diagnosa resiko infeksi untuk mencegah adanya infeksi pada luka post operasi.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pasien mengatakan badan terasa tidak enak, merasa lemas dan sesak setelah melakukan aktivitas (duduk). Data-data tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami masalah intoleransi aktivitas. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Muhajidin, 2018). Menurut asumsi penulis, masalah intoleransi aktivitas dijadikan prioritas ketiga karena pasien beraktivitas dengan kondisi yang lemah.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis *Kanker pankreas* yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker pankreas

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri teratasi. Kriteria hasil yaitu keluhan nyeri menurun, klien tampak meringis menurun, gelisah menurun, tekanan nadi membaik.

Rencana Keperawatan dengan intervensi utama, manajemen nyeri yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik relaksasi nafas dalam, Anjurkan teknik

distraksi (saat nyeri alihkan dengan menonton video) bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, berikan terapi kolaborasi analgesik (Inj.Ketorolac 3 x 30 mg/ IV). Manajemen nyeri adalah upaya dalam ilmu medis dalam menghilangkan keluhan nyeri yang di rasa pasien nyeri (Furlan, 2016).

Asumsi peneliti dalam rencana keperawatan ini pasien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan dengan teknik relasasi nafas dalam dan terapi farmakologi (ketorolac 3x30mg/iv).

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan luka post operasi kanker pankreas

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi atau radang yang muncul (color, dolor, rubor, tumor, fungsio lesa), pasien mengatakan tidak nyeri dan panas.

Rencana Keperawatan dengan intervensi pencegahan infeksi yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi, Berikan perawatan kulit pada area luka, Pertahankan kondisi aseptik pada luka. Pencegahan infeksi adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik (PPNI, 2017). Asumsi peneliti dalam rencana keperawatan yaitu memfokuskan pada penyembuhan luka. Penyembuhan luka dapat dilakukan dengan perawatan luka dengan teknik steril untuk mencegah perluasan infeksi pada luka serta memberikan rasa nyaman pada klien.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan frekuensi nadi dalam batas normal, keluhan lemas menurun. Rencana Keperawatan dengan intervensi manajemen energi, Monitor penyebab yang mengakibatkan kelelahan, Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan (bermain

hp, dan mendengarkan music), Anjurkan istirahat yang cukup, Anjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap (melatih duduk semifowler) . Asumsi peneliti dalam rencana keperawatan yaitu memfokuskan pada kemampuan aktivitas pasien meningkat dengan mengajarkan aktivitas distraksi.

Berdasarkan perencanaan dari tiga diagnosa diatas maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu; melatih teknik relaksasi nafas dalam, memberika perawatan luka dengan teknik steril untuk mencegah perluasan infeksi dan memberikan penjelasan atau edukasi meningkatkan asupan nutrisi untuk membantu mempercepat penyembuhan luka dan memberikan akttivitas distraksi untuk meningkatkan energi dan menganjurkan istirahat yang cukup.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan intervensi keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker pankreas

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji karakteristik nyeri pasien, mengajarkan tehknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, mengatur posisi yang nyaman bagi pasien, memberikan obat analgetik sesuai program injeksi ketorolac 30 mg (iv).

Perawat mempunyai peran penting dalam mengurangi nyeri antara lain mengurangi ansietas, mengkaji nyeri secara regular, memberi analgesik sesuai advise dan mengevaluasi keefektifannya. Strategi keperawatan utama bagi pasien yang sedang mengalami nyeri, bersifat non farmakologi, karena perawat tidak memiliki wewenang untuk memberikan analgetik (Furlan, 2016).

Asumsi penulis dalam tindakan keperawatan ini yaitu dengan memberikan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam dan terapi dikstraksi menonton video melalui handphone dapat menurunkan rasa nyeri pada klien. Pada klien dengan *kanker pancreas* dapat mengalami nyeri akut sedang. Kolaborasi obat anti nyeri juga penting pada klien dengan nyeri sedang untuk menurunkan intensitas nyeri.

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan luka post operasi kanker pankreas

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit memberikan perawatan kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, menjelaskan tanda gejala infeksi, mengajarkan mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa luka. Pasien dengan kanker pankreas memiliki resiko untuk terjadinya infeksi, sehingga pengobatan yang dianjurkan dan merupakan pengobatan lini pertama adalah obat antibiotik (Ezra et al., 2022). Perawatan luka operasi juga penting dilakukan untuk mencegah infeksi dan komplikasi pascaoperasi lainnya (Zakhary, 2017).

Asumsi penulis dalam melakukan tindakan tersebut yaitu untuk menurunkan infeksi pada luka dan mempercepat penyembuhan luka dengan

memberikan tindakan edukasi untuk mempercepat penyembuhan dan perawatan luka.

4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit Memonitor penyebab yang mengakibatkan kelelahan : pasien sesak setelah melakukan aktivitas duduk., mengedukasi untuk melakukan aktivitas distraksi yang menyenangkan (bermain hp, dan mendengarkan music) peningkatan energi, menganjurkan pasien tidur di siang dan malam hari, menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap (melatih duduk semifowler). Asumsi peneliti dalam melakukan tindakan yaitu memfokuskan pada kemampuan aktivitas pasien meningkat dengan duduk semifowler tanpa merasa kelelahan/sesak.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi pada pasien Ny.S dengan diagnosa kanker pancreas di Ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker pankreas

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 22 oktober 2021 dengan hasil subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang. Hasil objektif pasien sudah tidak menunjukkan ekspresi wajah meringis/ kesakitan, ttv dalam batas normal tekanan darah 125/78 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,50C, SPO²

99%. Assesment masalah keperawatan sudah teratasi, Planning yaitu intervensi dihentikan.

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan luka post operasi kanker pankreas

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 22 oktober 2021 dengan hasil subjektif pasien mengatakan nyeri pada area luka post operasi berkurang, dan tidak panas. Hasil objektif pasien tidak ada tanda infeksi pada luka post operasi (tidak terdapat pus, kemerahan berkurang, tidak ada rembesan pada dressing, tidak ada bleeding), ttv normal tekanan darah 125/78 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,50C, SPO² 99%.. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian, Planning yaitu intervensi dilanjutkan.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 22 oktober 2021 dengan hasil subjektif pasien mengatakan badan sudah sedikit enakan dan tidak lemas. Hasil objektif pasien tampak sudah dapat beraktivitas secara mandiri (duduk semifowler), ttv normal tekanan darah 125/78 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,50C, SPO² 99%.. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian , Planning yaitu pertahankan kondisi.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis *Kanker Pankreas* di Ruang C1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Kanker Pankreas*.

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada pasien pada Ny.S dengan diagnosis medis Kanker Pankreas didapatkan data pasien dengan diagnosis medis Kanker Pankreas, dengan keluhan utama pasien nyeri akut, pasien mengatakan nyeri, provoking (P): nyeri menurun dan dirasa saat aktivitas berlebih saja, quality (Q): klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, region (R): perut sebelah kiri, severity (S): skala nyeri 5 (ringan) dari 0-10 skala nyeri, time (T): hilang timbul.
2. Diagnosis keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis medis Kanker Pankreas dan telah diprioritaskan menjadi: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi kanker pankreas), Resiko infeksi dibuktikan dengan luka post operasi kanker pancreas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Intervensi keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis medis Kanker Pankreas diagnosis keperawatan dengan kriteria hasil untuk: nyeri akut dengan kriteria hasil keluhan nyeri pada pasien menurun dan pasien tidak lagi menunjukkan ekspresi wajah meringis/kesakitan, Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal,

Resiko infeksi dengan kriteria hasil pasien mengatakan nyeri menurun pada luka post operasi, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Intoleransi aktivitas dengan kriteria hasil frekuensi nadi dalam batas normal, keluhan lemas menurun.

4. Implementasi keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis medis Kanker Pankreas disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ada; nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur bedah) dengan manajemen nyeri dan memberikan analgesik, Resiko infeksi dibuktikan dengan luka post operasi kanker pankreas dengan perawatan luka dan pencegahan infeksi dengan pemberian antibiotic.
5. Hasil evaluasi keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis medis Kanker Pankreas disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu. nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur bedah), Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan perubahan pigmentasi (luka post operasi), Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko (efek procedure invasive) dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Evaluasi yang telah diterapkan selama tiga hari sesuai dengan teori didapatkan satu diagnosa yang berhasil diatasi yaitu nyeri akut.

5.2 Saran

1. Bagi Pasien

Bagi Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan luka post operasi. Pasien harus bisa menerapkan tindakan untuk mencegah terjadinya resiko infeksi.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan literature sebagai wawasan dalam menambah ilmu dan dapat menerapkan tindakan keperawatan yang sesuai dengan pasien khususnya pada pasien dengan kanker pancreas.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan meningkatkan mahasiswa keperawatan dalam mengelola pasien dengan kanker pancreas khususnya pada pasien post operasi dan dapat mempermudah melakukan penelitian atau perbandingan dalam mengelola pasien dengan kanker pancreas.

4. Bagi Ruangan

Petugas kesehatan khususnya perawat dapat mempertahankan tindakan yang sudah dilakukan yaitu menerapkan teknik aseptik dalam melakukan perawatan pada pasien dengan kanker pancreas.

5. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi salah satu rujukan atau perbandingan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis kanker pancreas.

DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, dkk. 2015. Karakteristik Penderita Kanker Pankreas di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2009-2013. Palembang : Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya
- Enny, Probosari. 2018. Penatalaksanaan Gizi Pada Pasien Dengan Kanker Pankreas. Proplinggo : Universitas DIPONEGORO
- Doengoes, Moorhouse dan Geissler. (2012). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi 3. Jakarta : EGC
- Gunawan, GS. (2009).Farmakologi dan Terapi Edisi 5. Jakarta : Departemen Farmakologi dan Terapeutik FKUI.
- Hawks, JH., dan Black, JM. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan.Edisi II. Jilid 8.Singapore: Elsevier
- Irmayanti, dkk. 2018. Penanda Tumor Untuk Diagnosa Karsinoma Kaput Pankreas. Makassar : Fakultas Kedokteran Universitas Hassanuddin
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Rikesdes) 2018. Jakarta: Baan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI.
- Perry, A.G., dan Potter, P. A. (2014). Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik Edisi 4. Jakrta : EGC.
- Perry, A.G., dan Potter, P. A. (2014). Fundamental Keperawatan Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika

- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Jakarta : Dewan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Setiadi (2016a) *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Setiadi (2016) *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S. C. (2018) *Keperawatan Medikal Bedah*. 12th edn. Yogyakarta: ECG.
- Setiati, S., Alwi, I., Sudoyo, AW., Simadibrata, M., Setiyohadi, B., Syam, AF. (2017). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 6. Jilid III. Jakarta : Interna Publishing
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2018. *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tjokroprawiro, Askandar. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Rumah Sakit Pendidikan Dr. Soetomo Surabaya*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.
- WHO (2015) *World Health Statistic Report*. USA.
- Wijaya (2013) *Keperawatan Medikal Bedah*. 1st edn. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wijaya, A. and Putri, Y. (2013) *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Nuha Medika

Lampiran 1 Curriculum Vitae***CURRICULUM VITAE***

Nama : Feni Novita Sari, S.Kep

Nim : 2130084

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal lahir: Surabaya, 12 November 1998

Agama : Islam

Email : feninovitasari73@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Asy-Syafi'iyah Lulus Tahun 2005
2. SD Asy-Syafi'iyah Lulus Tahun 2011
3. SMPN 42 Surabaya Lulus Tahun 2014
4. SMK Kesehatan Nusantara Surabaya Lulus Tahun 2017
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Kesuksesan adalah janji Allah bagi orang yang ingin bekerja keras”

Karya ilmiah ini akan saya persembahkan teruntuk orang – orang yang sangat

berpengaruh dalam proses pengerjaan karya ilmiah ini:

1. Allah SWT atas segala rahmat dan nikmat yang telah diberikan kepada saya dalam bentuk kesehatan, kekuatan, serta kesabaran untuk menyelesaikan skripsi ini guna meraih gelar Ners dengan tepat waktu.
2. Terima kasih untuk Ayah Sariyan, Ibu Indah Masrifah, Kakak Fendy Setyoudi, Adik Kholiq Ferdi Prasetya yang telah memberikan banyak dukungan, semangat, dan doa-doa terbaik yang tidak pernah ada hentinya.
3. Terimakasih untuk Alwi Hasan, S.kep yang telah menemani saya mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
4. Terima kasih kepada sahabat senasib perguruan (Flaura, Sherly, Novita, Maria) yang telah menemani saya beberapa waktu terakhir, mendengarkan keluh kesah saya, selalu mendukung, dan membantu dalam pengerjaan skripsi.
5. Teman-teman angkatan 12 Profesi Ners yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu. Semoga tetap kompak dan bisa meraih keberhasilan sampai ke jenjang yang lebih tinggi.

Lampiran 3

1. Manajement Nyeri

Teknik relaksasi nafas dalam

- Atur posisi rileks dan tenang
- Tarik nafas dalam melalui hidung dengan hitungan 1,2,3,4 kemudian tahan 5-7 detik



- Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan
- Anjurkan untuk mengulang procedure hingga nyeri berkurang

2. Pencegahan Infeksi



Program Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
Tahun 2022

**TEKNIK RELAKSASI
DALAM PENURUNAN
NYERI**



FENI NOVITA SARI S.Kep
2130084

**APA ITU KANKER
PANKREAS ???**

Kanker pankreas merupakan tumor ganas yang berasal dari sel-sel yang melapisi saluran pancreas yang mempengaruhi kerja dari organ pankreas



PENYEBAB

Usia



Jenis Kelamin

Obesitas



Diabetes

Gula darah tinggi

Riwayat merokok



Lampiran 4

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM
Pengertian	<p>Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.</p>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah 2. Mengurangi rasa nyeri 3. Membantu dan meningkatkan relaksasi 4. Meningkatkan kualitas tidur 5. Menmbantu mengeluarkan gas anastesi yang tersisa didalam jalan nafas.
Indikasi	<p>Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri akut atau nyeri kronis</p>
Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> a. Membaca mengenai status pasien b. Mencuci tangan c. Menyiapkan alat d. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien e. Validasi kondisi pasien saat ini f. Menjaga keamanan privasi pasien g. Menjelaskan tujuan & prosedur yang akan dilakukan terhadap pasien & keluarga 2. Tahap kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal. c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara

	<ul style="list-style-type: none"> d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali <p>3. Tahap terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Respon klien b. Evaluasi hasil gerakan c. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya d. Cuci tangan
Referensi	(Furlan, 2016)

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PERAWATAN LUKA
Pengertian	Prosedur perawatan yang dilakukan pada luka setelah operasi atau luka trauma.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah timbulnya infeksi 2. Mengobservasi perkembangan luka 3. Mengobservasi drainase eksudat 4. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis
Alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Sabun cuci luka 3. Pinset anatomi 4. Pinset sirurgi 5. Gunting jaringan 6. Gunting perban 7. Kasa steril 8. Kasa gulung 9. Pengalas 10. Plester 11. Cairan NaCl 12. Bengkok 13. Kapas lidi 14. Kom kecil 15. Plastik sampah 16. Obat topikal atau modern dressing untuk luka sesuai dengan kebutuhan
Prosedur pelaksanaan	<p>Tahap pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek program terapi 2. Mencuci tangan <p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam, panggil klien dengan namanya. 2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan. 3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya. <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan privacy kepada klien. 2. Berikan posisi yang nyaman kepada klien sebelum melakukan tindakan. 3. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan, gunakan sarung tangan bersih dan masker bila perlu. 4. Pasang perlak

	<ol style="list-style-type: none">5. Lepaskan verban/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja. Jika kotor, gunakan pinset untuk mengangkat verban/balutan.6. Jika verban/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan NaCl, buka kalau sudah longgar.7. Buang verban/balutan yang kotor ke dalam kantong tahan air untuk dibakar.8. Ganti sarung tangan jika di rasa sangat kotor.9. Lakukan pengkajian luka.10. Gunakan pinset untuk memegang gumpalan kasa.11. Pertahankan ujung pinset agar tetap steril.12. Ambil kasa steril, kemudian masukan kedalam kom yang berisi dengan NaCl, peras kasa dan bersihkan luka dengan sekali usap area sekitar luka.13. Buang kasa yang digunakan untuk membersihkan setiap kali sekali mengusap luka.14. Ambil lagi kasa steril, basahi dengan NaCl, kemudian peras gunakan kasa untuk membersihkan area luka, lakukan dengan cara mulai dari atas atau dekat dengan luka dan terus makin keluar.15. Ambil kasa steril berikan NaCl dan sabun untuk mencuci luka.16. Gosok permukaan luka dengan lembut guna membantu melepaskan benda asing pada luka sebelum mengaplikasikan balutan.17. Bersihkan sisa sabun dengan membilasnya dengan cairan NaCl dan kasa steril.18. Lakukan beberapa kali hingga luka bersih.19. Jika ada jaringan mati gunakan gunting jaringan untuk memotong dan membuang jaringan tersebut.20. Berikan modern dressing sesuai dengan hasil pengkajian pada luka21. Jika menggunakan foam sesuaikan dengan bentuk luka dan setidaknya perbatasan 1 cm di sekitar luka. Minimal 2 cm tergantung pada tingkat keparahan luka. Jika menggunakan salep/gel gunakan kapas lidi untuk mengaplikasikan,22. Kemudian tempelkan kasa kering diatasnya. Gunakan kasa untuk menutupi area luka dan sekitarnya.23. Rekatkan kasa dengan menggunakan plester luka hingga rapi.24. Lepaskan sarung tangan.25. Cuci tangan
--	---

	Tahap terminasi <ol style="list-style-type: none">1. Respon<ol style="list-style-type: none">a. Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagib. Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku.2. Beri reinforcement positif3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya4. Mengakhiri kegiatan dengan baik
Referensi	(Aminuddin, et.al., 2020)