

**ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TEHNIK  
RELAKSASI OTOT PROGRESIF PADA PASIEN  
PRE OPERASI CANCER CERVIKS DENGAN MASALAH  
KECEMASAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL  
KONSEP GORDON DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**P1605272**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA  
2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI  
TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF PADA PASIEN  
PRE OPERASI CANCER CERVIKS DENGAN MASALAH  
KECEMASAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL  
KONSEP GORDON DI RUANG MAWAR RSUD  
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns)  
Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA  
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TEHNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF  
PADA PASIEN PRE OPERASI CANCER CERVIXIS DENGAN MASALAH KECEMASAN  
MENGUNAKAN PENDEKATAN MODEL KONSEP GORDON  
DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB  
SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

DEVI SUSILAWATI

NIM: P.1605.272

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada tanggal 14 Desember 2017

PENGUJI I

Ns. Arome Bernadetta Silalahi, S.Kep

NIP:19700521.199402.2.001

PENGUJI II

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.82.09.006

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK:113072.86.14.071

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devi Susilawati

NIM : P1605272

Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata  
Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Dan Aplikasi Teknik  
Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Pre  
Operasi Cancer Cerviks Dengan Masalah  
Kecemasan Menggunakan Pendekatan Model  
Konsep Gordon Di Ruang Mawar Rsud Abdul  
Wahab Sjahranie Samarinda.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 14 Desember 2017  
Yang Membuat Pernyataan,



**Devi Susilawati**  
NIM : P1605272

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF PADA PASIEN PRE OPERASI CANCER CERVIKS DENGAN MASALAH KECEMASAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL KONSEP GORDON DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA“. Karya ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi S1 Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya – besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Edi Mulyono, Ns., M.Kep selaku Ketua Stikes Wiyata Husada Samarinda.
2. Ibu Sumiati Sinaga, Ns., M.Kep selaku Wakil Ketua 1 dan Dosen Pembimbing Akademik Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Rusdi, Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan Profesi Ners Stikes Wiyata Husada Samarinda.
4. Ibu Arome Bernadetta Silalahi, Ns, S.Kep. sebagai Pembimbing Klinik di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda
5. Kepala ruangan Ruangan Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda beserta staf yang telah membantu penulis untuk menyelesaikan karya Ilmiah Akhir Ners
6. Kepada kedua orang tua, suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan dan doa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners.
7. Seluruh rekan-rekan mahasiswa/i Profesi Ners Stikes Wiyata Husada Samarinda yang telah membantu peneliti baik secara langsung maupun tidak langsung hingga tersusunnya Karya Ilmiah Akhir Ners.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah – langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua.

Samarinda, 14 Desember 2017

Peneliti

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Dan Aplikasi Teknik Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Pre Operasi Cancer Cerviks Dengan Masalah Kecemasan Menggunakan Pendekatan Model Konsep Gordon Di Ruang Mawar Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Devi Susilawati<sup>1</sup>, Sumiati Sinaga<sup>2</sup>, Arome Bernadetta Silalahi<sup>3</sup>

Kanker serviks adalah penyakit keganasan yang menyerang serviks uterus pada perempuan yang dapat berdampak terhadap fisik, mental dan sosial, bahkan kematian pada penderitanya. Pasien pre operasi *cancer cerviks* berpotensi mengalami ansietas. Pembedahan elektif maupun kedaruratan adalah merupakan suatu peristiwa kompleks yang menegangkan, karena selain mengalami gangguan fisik akan dapat memunculkan masalah psikologis. Reaksi emosional dari pasien, diantaranya adalah kecemasan akan selalu didahului dalam prosedur pembedahan. Analisa Data Hasil Pengkajian dengan Menggunakan Teori Gordon tentang functional health pattern / pola fungsional kesehatan terbagi menjadi sebelas. Teori Gordon adalah pendekatan holistik yang bersifat sistematis untuk mengevaluasi segala bidang kebutuhan manusia, dan bidang-bidang tersebut saling bergantung satu sama lain. Pada pola toleransi terhadap stress-koping menggambarkan kemampuan klien untuk menangani stress atau kecemasan terhadap suatu penyakit, metode koping yang biasa digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan pada klien maka peran perawat sangat diperlukan dengan mengembangkan profesionalisme dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan. terapi komplementer dapat digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operasi *cancer cerviks*. Dalam kasus ini ada 5 kasus kelolaan yang diberi teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi otot progresif. setelah diberikan tindakan teknik relaksasi otot progresif tingkat kecemasan klien teratasi semua, berdasarkan alat ukur kecemasan HRSA. hasil praktek ini menunjukkan bahwa model teori / konsep Gordon dapat digunakan pada klien pre operasi kanker serviks, dan teknik relaksasi otot progresif untuk membantu klien menurunkan tingkat kecemasan.

Kata kunci : Pre operasi *cancer cerviks*, Model Konsep Gordon, Teknik Relaksasi Otot Progresif, Kecemasan.

1. Program Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda
2. Program Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda
3. RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK .....	vi
DATAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus .....	5
C. Manfaat Penelitian.....	6
1. Manfaat Teoritis.....	6
2. Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Keperawatan Perioperatif .....	8
1. Pengertian.....	8
2. Pembagian Keperawatan Perioperatif .....	8
3. Pendidikan Pasien Praoperatif .....	9
4. Persiapan Tindakan Operasi .....	10
B. Konsep <i>Cancer Cerviks</i> .....	12
1. Pengertian .....	12
2. Penyebab dan Epidemiologinya.....	12
3. Faktor-Faktor Risiko terjadi Kanker Serviks .....	13
4. Gejala-gejala Kanker Serviks.....	17
5. Diagnosa Kanker Serviks .....	19
6. Klasifikasi Histopatologi dan Stadium Klinik Kanker Serviks .....	20
7. Terapi Kanker Serviks .....	23
8. Prognosis Kanker Serviks.....	23
9. Upaya pencegahan.....	24
C. Konsep Kecemasan.....	26
1. Pengertian .....	26
2. Fisiologi Kecemasan.....	26
3. Faktor – factor Yang Mempengaruhi Respon Kecemasan .....	27
4. Rentang Respon Kecemasan .....	31
5. Tipe Kepribadian Pencemas.....	33
6. Penatalaksanaan Kecemasan .....	34
7. Alat Ukur Kecemasan .....	35
8. Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan ..	35
D. Konsep Teknik Relaksasi Otot Progresif.....	37
1. Pengertian .....	37
2. Tujuan Terapi Relaksasi Otot Progresif .....	37
3. Indikasi .....	37
4. Kontraindikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif .....	37
5. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan.....	38

	E. Konsep Teori Keperawatan Pola kesehatan Fungsional Gordon .....	38
	1. Pengertian .....	38
	2. Model Konsep & Tipologi 11 Pola Kesehatan Fungsional Menurut Gordon .....	39
<b>BAB III</b>	<b>APLIKASI MODEL KEPERAWATAN POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON</b>	
	A. Gambaran Kasus .....	42
	1. Kasus 1 .....	44
	2. Kasus 2 .....	45
	3. Kasus 3 .....	46
	4. Kasus 4 .....	48
	5. Kasus 5 .....	49
	B. Aplikasi Model Keperawatan Pola Kesehatan Fungsional Gordon .....	51
	1. Pengkajian Keperawatan .....	52
	2. Diagnosa Keperawatan .....	53
	3. Intervensi Keperawatan .....	53
	4. Implementasi Keperawatan .....	54
	5. Evaluasi Keperawatan .....	55
<b>BAB IV</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
	A. Pengkajian Keperawatan .....	57
	B. Diagnosa Keperawatan .....	60
	C. Intervensi Keperawatan .....	61
	D. Implementasi Keperawatan .....	61
	E. Evaluasi Keperawatan .....	62
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP</b>	
	A. simpulan .....	64
	B. Saran .....	65
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN - LAMPIRAN</b>		



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Struktur Anatomi Uterus .....	12
Gambar 2.2	Interpretasi tes IVA.....	25
Gambar 2.3	Rentang respon adaptif dan maladaptif.....	31



## LAMPIRAN

Lampiran 1	Asuhan Keperawatan Klien Kelolaan Utama
Lampiran 2	SPO Teknik Relaksasi Otot Progresif
Lampiran 3	Lembar Observasi Pengukuran Tingkat Kecemasan HRSA dan Pelaksanaan Teknik Relaksasi Otot Progresif
Lampiran 4	Lembar Surat Persetujuan Tindakan Keperawatan
Lampiran 5	Lembar Kuesioner Data Demografi dan Tingkat Kecemasan HRSA
Lampiran 6	Lembar Jurnal Penelitian Terkait
Lampiran 7	Lembar Konsultasi



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kanker serviks adalah kanker yang menyerang uterus, yaitu pada bagian serviks uterus (leher rahim), suatu daerah pada organ reproduksi perempuan yang merupakan pintu masuk ke arah rahim (uterus) yang terletak antara rahim dengan liang senggama (vagina) atau rahim bagian bawah. Kanker serviks (leher rahim) adalah penyakit keganasan yang paling banyak ditemukan pada perempuan yang dapat berdampak terhadap fisik, mental dan sosial, bahkan kematian penderitanya. Kondisi demikian sangat merugikan sehingga tidak berlebihan apabila dikatakan bahwa *Cancer is a public health problem*" (Allan et al. 2006; Schiffman et al. 2007).

Menurut World Health Organization (WHO) (2007), diperkirakan lebih dari 500.000 kasus baru kanker leher rahim ditemukan di dunia dan 90% dari seluruh kasus tersebut terdapat di negara-negara berkembang. Hampir 260.000 kasus kematian wanita terjadi akibat kanker leher rahim dan hampir 95% dari kasus tersebut terjadi di negara-negara berkembang. Bila hal ini tidak ditindaklanjuti dengan segera, kematian akibat kanker leher rahim diperkirakan akan meningkat hampir 25% pada sepuluh tahun mendatang.

Diperkirakan terdapat 10.370 kasus baru kanker serviks invasif yang di diagnose di Amerika Serikat pada tahun 2005. Pada tahun yang sama, 3.170 pasien diperkirakan meninggal akibat kanker serviks. Jumlah ini mendekati 1.3 % dari kematian akibat kanker pada wanita dan 13 % dari kematian kanker ginekologi. Kanker serviks merupakan penyebab kematian akibat kanker tertinggi setelah kanker payudara (Rasjidi, 2009).

Di Indonesia, setiap hari ditemukan 41 kasus dan 20 kematian sekaligus (Rasjidi, 2007). DepKes RI (2008), kanker leher rahim menempati urutan kedua dari seluruh kanker pada perempuan dengan incidence rate 9,7 % dan jumlah kematian 9,3 % dari seluruh kanker pada perempuan di dunia.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur pada tahun 2014 penderita kanker serviks 60 orang dan terjadi peningkatan pada tahun 2015 menjadi 79 orang. Jumlah pasien yang menderita kanker

serviks di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie sejak bulan Agustus 2017 sampai bulan Oktober 2017 mencapai 146 pasien.

Menurut Carpenito (2001) menyatakan 90 % pasien pre operasi berpotensi mengalami ansietas. Pembedahan elektif maupun kedaruratan adalah merupakan suatu peristiwa kompleks yang menegangkan, karena selain mengalami gangguan fisik akan dapat memunculkan masalah psikologis. Reaksi emosional dari pasien, diantaranya adalah kecemasan akan selalu didahului dalam prosedur pembedahan. Kecemasan adalah suatu keadaan dimana pasien mengalami perasaan gelisah akibat ancaman atau penyebab yang tidak jelas dan dimanifestasikan dengan gejala fisiologis, emosional dan kognitif.

Sebelum dilakukan operasi terdapat masalah kecemasan yang merupakan reaksi emosional pasien yang sering muncul. Hal ini sebagai respon antisipasi pasien terhadap suatu pengalaman yang dianggap sebagai suatu ancaman terhadap peran dalam kehidupan pasien, integritas tubuh dan bahkan kehidupannya (Brunner & Suddarth, 2002).

Cemas merupakan suatu keadaan emosi tanpa suatu objek yang spesifik dan pengalaman subjektif dari individu serta dan tidak dapat diobservasi dan dilihat secara langsung. Cemas berbeda dengan rasa takut, karakteristik rasa takut adalah adanya suatu objek sumber yang spesifik dan dapat diidentifikasi serta dapat dijelaskan oleh individu sedangkan kecemasan diartikan sebagai suatu kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab atau objek yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya. Sebagai contoh kekhawatiran menghadapi operasi/pembedahan (misalnya takut sakit waktu operasi, takut terjadi kecacatan), kekhawatiran terhadap anestesi/pembiusan (misalnya takut terjadi kegagalan anestesi/meninggal, takut tidak bangun lagi) dan lain-lain (Suliswati, 2005).

Menurut Stuart dan Laraia (2005) ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik, secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Respon individu bersifat unik dan membutuhkan pendekatan yang unik. Salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa sebagai manajemen ansietas adalah dengan *progressive muscle relaxation* yang merupakan bagian dari terapi relaksasi.

Salah satu tindakan untuk mengurangi tingkat kecemasan adalah dengan cara mempersiapkan mental dari pasien (Potter & Perry, 2005). Kini telah banyak dikembangkan terapi- terapi keperawatan untuk mengatasi kecemasan. Salah satunya yaitu dengan menggunakan metode terapi relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi otot progresif dibuktikan mampu membantu mengatasi gangguan kecemasan.

Menurut Herodes (2010), teknik relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan, atau sugesti. Berdasarkan keyakinan bahwa tubuh manusia berespons pada kecemasan dan kejadian yang merangsang pikiran dengan ketegangan otot (Davis, 1995). Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Herodes, 2010). *Progressive muscle relaxation* adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002).

Penelitian Jacobson (1938, dalam Soewondo, 2012) mengemukakan bahwa relaksasi otot progresif sebagai suatu program untuk melatih orang merileks otot-otot secara keseluruhan. Ketegangan menyebabkan serabut-serabut otot kontraksi, mengecil, menciut. Ketegangan timbul bila seseorang cemas dan stres ini bisa hilang dengan menghilangkan ketegangan.

Hal ini sesuai dengan penelitian Kurniati puji lestari & Asih Yusnianti, (2014) menyatakan bahwa hasil penelitian yaitu hasil uji *Marginal Homogeneity* didapatkan nilai  $p < 0,000$  ( $< 0,05$ ) sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa ada pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Dr. R Soeprpto Cepu. Desain penelitian yang digunakan oleh Enna Rossalina S, adalah *Quasi-experimental* dengan *the equivalent pre-test and post test design*.. Pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Berdasarkan hasil perhitungan, jumlah sampel pada penelitian ini adalah 25 responden preoperasi diruang

Wijaya Kusuma RSUD.Dr. R. Soeprpto Cepu pada tanggal 13 Januari-13 Februari 2014. Alat pengumpulan data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner untuk mengetahui gambaran karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, pekerjaan dan pendidikan. Disamping kuesioner, peneliti juga menggunakan lembar observasi untuk relaksasi otot progresif, yang terdiri dari 15 langkah relaksasi otot progresif. Sedangkan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Analisis yang digunakan pada penelitian adalah uji *Marginal Homogeneity*.

Teori yang digunakan dalam mengkaji dan menganalisa pasien adalah teori Gordon "*functional health pattern*". *Functional health pattern* / pola fungsional kesehatan ini terbagi menjadi sebelas yaitu pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan, pola metabolik-nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan (olahraga), pola tidur & istirahat, pola persepsi-kognitif, pola konsep diri-persepsi diri, pola hubungan-peran, pola reproduksi-seksualitas, pola toleransi terhadap stress-koping, pola keyakinan-nilai (Daniels, 2004).

Analisa data dari hasil pengkajian dengan menggunakan Teori Gordon tentang *functional health pattern* / pola fungsional kesehatan adalah pendekatan holistik yang bersifat sistematis untuk mengevaluasi segala bidang kebutuhan manusia, dan bidang-bidang tersebut saling bergantung satu sama lain (Rick Daniels, 2004). Pendekatan yang sistematis ini memungkinkan perawat untuk mampu memeriksa dan menilai lebih komprehensif mengenai tindakan dan respon pasien, pengidentifikasian masalah kesehatan pasien dan pengevaluasian dari hasil perawatan. Oleh karena itu, dalam melakukan pengkajian pada pasien digunakan teori Gordon.

Penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien, fokus pada pola kesehatan fungsional Gordon yang mengalami perubahan / masalah kesehatan, sehingga analisa data tersebut dapat menunjang untuk menegakan suatu diagnosa keperawatan. dalam hal ini pada salah satu kasus kelolaan yang terpilih yaitu klien Ny.S ada 4 pola kesehatan yang diterapkan adalah (Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan menggambarkan pengetahuan klien tentang penyakit, pola istirahat dan tidur menggambarkan pola tidur dan istirahat klien, pola persepsi-kognitif

menggambarkan persepsi sensori nyeri pada klien dan pola toleransi terhadap stress - koping menggambarkan kemampuan klien untuk menangani stress atau kecemasan terhadap suatu penyakit, metode koping yang biasa digunakan).

Upaya yang dilakukan oleh perawat Ruang Mawar dalam membantu pasien mengatasi kecemasan pre operasi. Sebelum dilakukan pembedahan perawat perlu memberikan *informed concern* kepada pasien supaya pasien mengetahui prosedur yang akan dilakukan pembedahan sehingga menurunkan tingkat kecemasan pasien.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik menerapkan model Teori Keperawatan Gordon dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami masalah kecemasan pre operasi *cancer cerviks* dengan menggunakan teknik relaksasi otot progresif di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## B. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui penerapan model Teori Keperawatan Gordon dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami masalah kecemasan pre operasi *cancer cerviks* dengan menggunakan teknik relaksasi otot progresif di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian pada klien pre operasi *cancer cerviks* dengan masalah kecemasan
- b. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada klien pre operasi *cancer cerviks* dengan masalah kecemasan.
- c. Mengidentifikasi intervensi pada klien pre operasi *cancer cerviks* dengan masalah kecemasan.
- d. Mengidentifikasi evaluasi pada klien pre operasi *cancer cerviks* dengan masalah kecemasan.
- e. Mengidentifikasi efektivitas teknik relaksasi otot progresif terhadap penurunan tingkat kecemasan.

### C. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ( KIAN ) yaitu :

#### 1. Manfaat Teoritis

##### a. Bagi penulis

Penulisan Karya ilmiah ners ini dapat menjadi dasar dalam praktik keperawatan maternitas dan sebagai proses pembelajaran dalam melakukan asuhan keperawatan tindakan mandiri terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi cancer cerviks yang diberikan teknik relaksasi otot progresif di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

##### b. Ilmu Pengetahuan

Penulisan ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan menjadi suatu acuan serta gambaran bagi penulis dengan menerapkan teori keperawatan model konsep Gordon.

#### 2. Manfaat Praktis

##### a. Instansi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan informasi pendidikan kesehatan pada pasien dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, tidak hanya berfokus pada manajemen farmakologi saja. Tetapi menekankan fungsi perawat mandiri sebagai pemberi asuhan keperawatan yang bersifat *palliative care*, dan sebagai tindakan terapi komplementer yang non farmakologi. Analisis praktik klinik ini juga bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan tentang terapi komplementer yang merupakan tindakan mandiri non farmakologi yang dilakukan perawat secara mandiri khususnya pada kasus penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi *cancer cerviks* dengan teknik relaksasi otot progresif.

##### b. Intitusi Pendidikan

Karya ilmiah ners ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas praktik keperawatan maternitas kedepannya. Terutama pada

kemampuan klien pre operasi *cancer cerviks* dalam menurunkan/mengatasi tingkat kecemasan dan penerapan Teori keperawatan Gordon. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan pada keluarga terutama pada klien yang akan menjalani operasi.

c. Pasien

Penulisan ini dapat memberikan informasi kepada pasien sehingga diharapkan pasien dapat memahami tentang penurunan tingkat kecemasan dengan diberikan teknik relaksasi otot progresif dan meningkatkan pengetahuan pada pasien tentang kecemasan pre operasi.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Keperawatan Perioperatif

##### 1. Pengertian

Keperawatan Perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (Smeltzer, 2002).

Keperawatan perioperatif adalah hasil dari perkembangan keperawatan kamar operasi yang sekarang berfokus pada pasien, bukan prosedur atau teknik (*patient oriented*, bukan *task-oriented*) (Baradero Mary, 2009).

##### 2. Pembagian Keperawatan Perioperatif

Menurut (Baradero Mary, 2009) dibagi menjadi 3 yaitu :

###### a. Fase Praoperatif

Fase praoperatif merupakan masa sebelum dilakukannya tindakan pembedahan yang dimulai ketika keputusan diambil untuk melaksanakan intervensi pembedahan. Termaksud dalam kegiatan perawatan tahap ini adalah pengkajian praoperatif mengenai status fisik, psikologis, dan social pasien, rencana keperawatan mengenai persiapan pasien untuk pembedahannya, dan implementasi keperawatan yang telah direncanakan. Tahap ini berakhir ketika pasien diantar ke kamar operasi dan diserahkan ke perawat bedah untuk perawatan selanjutnya.

###### b. Fase Intraoperatif

Fase Intraoperatif dari keperawatan perioperatif dimulai ketika pasien dipindahkan ke meja operasi. Tahap ini berakhir ketika pasien dipindahkan ke ruang *Postanesthesia Care Unit*(PACU) atau disebut dengan ruang pemulihan (*Recovery Room, RR*). Dalam tahap ini, tanggung jawab perawat berfokus pada kelanjutan dari pengkajian fisiologis, psikologis, merencanakan, mengimplementasikan intervensi untuk keamanan dan privasi pasien, mencegah infeksi luka, dan mempercepat penyembuhan.

Termaksud intervensi keperawatan yang spesifik adalah memberi dukungan emosional ketika anestesia dimulai (induksi anasthesi) dan selama prosedur pembedahan berlangsung, mengatur dan mempertahankan aseptis, melindungi pasien dari bahaya arus listrik (dari alat-alat yang dipakai seperti *electrocautery*), membantu mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, menjamin ketepatan hitungan kasa dan instrument, membantu dokter bedah, mengadakan komunikasi dengan keluarga pasien dan anggota tim kesehatan yang lain.

c. Fase Pascaoperatif

Fase Pascaoperatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup keperawatan mencakup tentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase pasca operatif, fokus termaksud mengkaji efek dari agen anesthesia, dan memantau fungsi vital serta mencegah terjadinya komplikasi.

Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, dan rujukan yang penting untuk penyembuhan yang berhasil dan rehabilitasi yang diikuti dengan pemulangan.

3. Pendidikan Pasien Praoperatif

Pendidikan ini meliputi bahan latihan nafas dalam, batuk dan relaksasi, perubahan posisi dan gerakan tubuh aktif, control dan medikasi nyeri, control kognitif (seperti imajinasi, distraksi, berpikir positif) dan informasi lain yang dibutuhkan. Manfaat dari insrtuksi praoperatif dikenal sejak lama. Setiap pasien diajarkan sebagai seorang individu, dengan mempertimbangkan segala keunikan, ansietas, kebutuhan dan harapan-harapannya. Program instruksi yang didasarkan pada kebutuhan individu direncanakan dan di implementasikan pada waktu yang tepat. Jika sesi penyuluhan beberapa dilakukan beberapa hari sebelum pembedahan, pasien mungkin tidak ingat tentang apa yang telah dikatakan. Jika instruksi

diberikan terlalu dekat dengan waktu pembedahan, pasien mungkin tidak akan dapat berkonsentrasi atau belajar karena kecemasan atau efek dari medikasi pra anasthesia (Smeltzer, 2002).

Idealnya instuksi diberikan dalam beberapa periode waktu untuk memungkinkan pasien mengasimilasi informasi dan untuk mengajukan pertanyaan. Seringkali sesi penyuluhan ini dibarengi dengan berbagai persiapan prosedur untuk memudahkan aliran informasi. Pada kenyataannya perawat harus membuat penilaian tentang seberapa banyak yang pasien ingin dan harus ketahui. Pada beberapa contoh, terlalu rinci maka meningkatkan tingkat ansietas pasien (Smeltzer, 2002).

Pendidikan kesehatan yang perlu dijelaskan pada masa praoperatif adalah berbagai informasi mengenai tindakan pembedahan, di antaranya jenis pemeriksaan yang dilakukan sebelum bedah, alat-alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke kamar bedah, ruang pemulihan dan kemungkinan pengobatan setelah bedah. Selain itu aspek legal perlu ditekankan untuk mengantisipasi dampak yang terjadi. Melalui *Informed Consent* (surat persetujuan dilakukan pembedahan), berbagai informasi mengenai sifat, prosedur yang akan dilakukan, adanya pilihan terhadap prosedur pembedahan, serta resiko terhadap pilihan dari pembedahan dapat diketahui pasien (Hidayat, 2006).

#### 5. Persiapan Tindakan Operasi

Tindakan preoperasi penting sekali untuk memperkecil resiko operasi karena hasil akhir suatu pembedahan sangat bergantung pada penilaian keadaan pasien dan persiapan preoperasi. Dalam persiapan ditentukan indikasi atau kontra indikasi operasi, toleransi pasien terhadap tindakan bedah dan ditetapkan waktu yang tepat untuk melaksanakan pembedahan. Tindakan umum yang dilakukan setelah diputuskan melakukan pembedahan adalah untuk mempersiapkan pasien agar penyulit pasca bedah dapat dicegah sebanyak mungkin. Tindakan bedah adalah upaya yang dapat mendatangkan stress karna terdapat ancaman terhadap tubuh, integritas dan terhadap jiwa seseorang. Perawat berada dalam posisi untuk memberikan bantuan

kepada pasien agar bisa menyesuaikan dengan stressor. (Baradero Mary, 2009). Menurut Baradero Mary, 2009. Persiapan tindakan operasi yaitu

a. Persiapan Mental

Persiapan mental pasien sebelum menjalani tindakan operasi meliputi dua hal yang penting yaitu :

1). Informasi

Adapun informasi yang harus diterima pasien meliputi prosedur dan resiko yang mungkin terjadi, alternative tindakan yang dapat dipilih, perubahan bentuk dan penampilan, anastesi yang digunakan (kondisi pada periode pasca operasi dan biaya operasi).

2). Dukungan

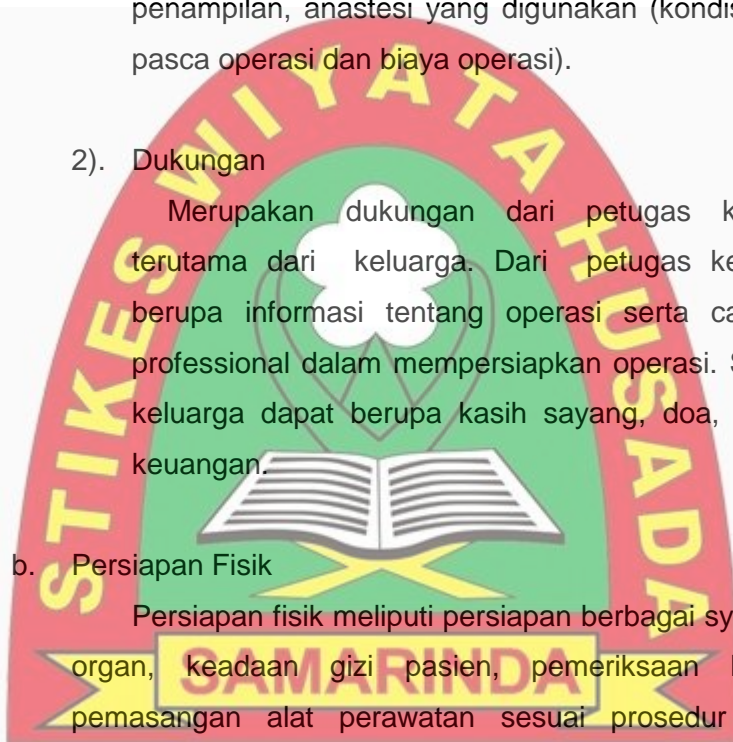
Merupakan dukungan dari petugas kesehatan dan terutama dari keluarga. Dari petugas kesehatan dapat berupa informasi tentang operasi serta cara kerja yang professional dalam mempersiapkan operasi. Sedangkan dari keluarga dapat berupa kasih sayang, doa, kehadiran, dan keuangan.

b. Persiapan Fisik

Persiapan fisik meliputi persiapan berbagai system tubuh dan organ, keadaan gizi pasien, pemeriksaan lab dan foto, pemasangan alat perawatan sesuai prosedur operasi serta penyulit pasca bedah lainnya yang mungkin timbul.

c. Persetujuan Tindakan Medik (*Informed Consent*).

Merupakan perjanjian legal antara dokter dan pasien yang harus ditanda tangani oleh pasien/orang tua/wali sebelum dokter melakukan tindakan medic yang resmi merupakan bukti bahwa proses *informed consent* telah dilaksanakan dan pasien sudah sadar serta mengetahui isi dan konsep dari *informed consent*. Dalam keadaan darurat, dokter bedah dapat melakukan pembedahan darurat, sambil mencari keluarga yang bisa

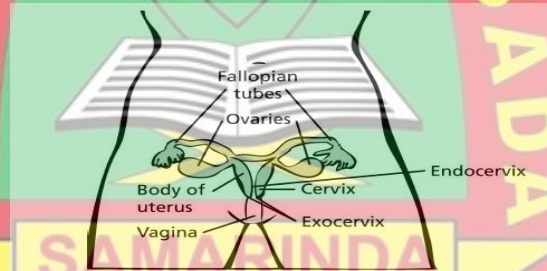


menandatangani izin untuk pembedahan. Dalam keadaan darurat izin untuk pembedahan juga dapat diberikan melalui telpon dan harus disaksikan oleh dua orang.

## B. Konsep *Cancer Cerviks*

### 1. Pengertian Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan keganasan pada daerah serviks uteri berupa tumor ganas primer yang berasal dari metaplasia sel epitel di daerah serviks. Serviks merupakan bagian bawah uterus (*uterine cervix*). Serviks menghubungkan antara uterus (tempat tumbuh dan berkembangnya fetus) dengan liang vagina (jalan lahir). Bagian dari serviks yang paling dekat dengan korpus uteri disebut *endocervix* dan bagian yang paling dekat dengan liang vagina disebut *exocervix* (*ectocervix*). Tipe sel utama yang menutupi serviks adalah sel *squamous* (pada *exocervix*) dan sel *glandular* (pada *endocervix*). Dua tipe sel tersebut bertemu pada *transformation zone*. Seringkali kanker serviks bermula pada daerah *transformation zone* (*American Cancer Society, 2013*).



Gambar 2.1  
Struktur Anatomi Uterus

### 2. Penyebab Kanker Serviks dan Epidemiologinya

Penyebab tersering kanker serviks adalah infeksi virus HPV. Lebih dari 90% kanker serviks jenis skuamosa mengandung DNA virus HPV dan 50% kanker serviks berhubungan dengan HPV tipe 16 (Ferlay J et al, 2002). HPV adalah virus DNA yang menginfeksi sel-sel epitel (kulit dan mukosa). Infeksi HPV umumnya terjadi setelah wanita melakukan hubungan seksual dan umumnya terjadi pada usia sekitar 25 tahun. Selama hidupnya, hampir kebanyakan wanita dan laki-laki pernah terkena infeksi HPV dan 80 persen dari wanita terkena infeksi sebelum

umur 50 tahun. Sebagian infeksi HPV bersifat hilang timbul sehingga tidak terdeteksi dalam kurun waktu 2 tahun setelah infeksi. Hanya sebagian kecil saja dari infeksi tersebut menetap dalam jangka lama sehingga menimbulkan kerusakan lapisan lendir menjadi pra-kanker. HPV jenis 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, dan 58 tergolong menimbulkan risiko tinggi terjadinya pra-kanker, yaitu menimbulkan kerusakan sel lendir luar menuju keganasan yaitu cervical intraepithelial neoplasma atau disingkat CIN. HPV tipe 16 mendominasi infeksi (50-60%) pada penderita kanker leher rahim disusul dengan tipe 18 (10-15%). Dari infeksi HPV sampai dengan terjadinya kanker memerlukan waktu cukup lama, yaitu hampir 20 tahun. Hanya sebagian kecil wanita pengidap HPV akan berubah statusnya menjadi fase pra-kanker. Apabila fase tersebut tidak segera diobati maka setelah beberapa tahun mengidap infeksi maka kondisi pra-kanker berubah menjadi kanker. Virus HPV tipe 16 dan 18 ini replikasi melalui sekuensi gen E6 dan E7 dengan mengode pembentukan protein-protein yang penting dalam replikasi virus. Onkoprotein dari E6 akan mengikat dan menjadikan gen penekan tumor (p53) menjadi tidak aktif, sedangkan onkoprotein E7 akan berikatan dan menjadikan produk gen retinoblastoma (pRb) menjadi tidak aktif. (Siswanto Agus Wilopo, 2006 UGM).

Penelitian yang dilakukan RSCM bekerjasama dengan Universitas Leiden, Belanda (2000), menunjukkan HPV ditemukan pada 96% penderita kanker serviks. Menurut spesialis kebidanan, ahli kanker dan kandungan dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Dr Laila Nuranna, SpOG(K), 99,7 % kanker serviks disebabkan oleh HPV Onkogenik. HPV 16 dan 18 merupakan penyebab utama pada 70% kasus kanker serviks di dunia. Insidens kanker serviks menurut Departemen Kesehatan (2000), 100 per100.000 perempuan pertahun, sedangkan dari data laboratorium patologi anatomi seluruh Indonesia, frekuensi kanker serviks adalah paling tinggi di antara kanker yang ada di Indonesia (Aziz M.F, 2006).

### 3. Faktor-Faktor Risiko terjadi Kanker Serviks

Faktor risiko adalah faktor yang mempermudah timbulnya penyakit kanker serviks. Adapun yang menjadi faktor risiko terjadinya kanker serviks:

#### a. Umur

Pada umumnya, risiko untuk mendapatkan kanker serviks bertambah selepas umur 25 tahun. Stadium prakanker serviks dapat ditemukan pada awal usia 20-an. Kanker serviks juga ditemukan pada wanita antara umur 30-60 tahun dan insiden terbanyak pada umur 40-50 tahun dan akan menurun drastis sesudah umur 60 tahun (Parson). Sedangkan, penderita kanker serviks rata-rata dijumpai pada umur 45 tahun. Menurut Aziz M.F.(2006), umumnya insidens kanker serviks sangat rendah di bawah umur 20 tahun dan sesudahnya menaik dengan cepat dan menetap pada usia 50 tahun. Menurut Riono (1990), kanker serviks terjadi pada wanita yang berumur lebih 40 tahun tetapi bukti statistik menunjukkan kanker serviks dapat juga menyerang wanita antara usia 20- 30 tahun.

#### b. Pernikahan dan aktivitas seksual pada usia muda

Umur pertama kali hubungan seksual merupakan salah satu faktor yang cukup penting. Makin muda seorang perempuan melakukan hubungan seksual, makin besar risiko yang harus ditanggung untuk mendapatkan kanker serviks dalam kehidupan selanjutnya (Rasjidi.,2008). Risiko kanker serviks akan meningkat pada pernikahan usia muda atau pertama kali koitus, yaitu pada umur 15-20 tahun atau pada belasan tahun serta period laten antara pertama kali koitus sampai terdeteksi kanker serviks selama 30 tahun. Menurut Aziz M.F (2006), wanita di bawah usia 16 tahun menikah biasanya 10-12 kali lebih besar terserang kanker serviks daripada yang berusia 20 tahun ke atas.

#### c. Karakteristik pasangan

Pasangan yang sering melakukan seks dengan bertukar pasangan mempunyai risiko mendapat kanker serviks. Studi

kasus kontrol menunjukkan bahwa pasien dengan kanker serviks lebih sering menjalani seks aktif dengan pasangan yang melakukan seks berulang kali (Belinson S.,Smith J.S.,Myers E.,Olshan A, dan Hartmann K., 2002). Selain itu,pasangan dari pria dengan kanker penis atau pasangan dari pria yang istrinya meninggal terkena kanker serviks juga akan meningkatkan risiko kanker serviks.

d. Riwayat ginekologis

Walaupun usia menarke atau menopause tidak mempengaruhi risiko kanker serviks, hamil di usia muda, jumlah kehamilan atau manajemen persalinan yang tidak tepat dapat meningkatkan risiko. Kanker serviks sering diasosiasikan dengan kehamilan pertama pada usia muda, jumlah kehamilan yang banyak dan jarak kehamilan yang pendek (Rasjidi I.,2008). Umur melahirkan pertama kali kurang dari 20 tahun dianggap mempunyai risiko untuk terjadi kanker serviks.

e. Jumlah paritas

Kanker serviks sering dijumpai pada wanita yang sering melahirkan anak. Kategori partus ini belum ada keseragaman tetapi menurut pakar angka berkisar antara 3- 5 kali partus. Green menemukan penderita kanker serviks adalah 7,9 % multi para dan 51 % nulli para. Persalinan pervaginam yang tinggi menyebabkan angka terjadinya kanker serviks meningkat. (Harahap, 1997).

f. Kebiasaan berganti pasangan

Dari hasil penelitian, ditemukan bahwa faktor koitus dengan seringnya berganti pasangan merupakan faktor yang berpengaruh untuk terjadinya kanker serviks. Benson menemukan kasus kanker serviks 4 kali lebih banyak pada wanita yang melakukan prostitusi. Berganti-berganti pasangan dalam hubungan seksual memperbesar kemungkinan terinfeksi HPV (Indriyani D., 1991).

g. Agen infeksius

Human Papilloma Virus (HPV). Terdapat sejumlah bukti yang menunjukkan HPV sebagai penyebab neoplasia servikal. HPV tipe 6 dan 11 berhubungan erat dengan displasia ringan yang sering regresi. HPV tipe 16 dan 18 dihubungkan dengan dysplasia berat, yang jarang regresi dan seringkali progresif menjadi karsinoma insitu (Aziz, M.F.,2002). Walaupun semua virus herpes simpleks tipe 2 belum didemonstrasikan pada sel tumor, teknik hibridisasi insitu telah menunjukkan terdapat HSV RNA spesifik pada sampel jaringan wanita dengan displasia serviks. Infeksi Trikomonas, sifilis, dan gonokokus ditemukan berhubungan dengan kanker serviks.

h. Kontrasepsi

Pemakaian kontrasepsi oral lebih dari 4 atau 5 tahun dapat meningkatkan risiko terkena kanker serviks 1,5-2,5 kali. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kontrasepsi oral menyebabkan wanita sensitif terhadap HPV yang dapat menyebabkan adanya peradangan pada genitalia sehingga berisiko untuk terjadi kanker serviks (Belinson S.,Smith J.S.,Myers E.,Olshan A, dan Hartmann K., 2002).

i. Merokok

Merokok pada wanita selain mengakibatkan penyakit pada paru-paru dan jantung, kandungan nikotin dalam rokok pun biasanya mengakibatkan kanker serviks. Nikotin mempermudah selaput untuk dilalui zat karsinogen. Bahan karsinogenik spesifik dari tembakau dijumpai dalam lender serviks wanita perokok. Bahan ini dapat merusak DNA sel epitel skuamosa dan bersama dengan infeksi HPV mencetuskan transformasi maligna. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin banyak dan lama wanita merokok maka semakin tinggi risiko untuk terkena kanker serviks (Indriyani D.,1991).

j. Sosial ekonomi dan diet

Kanker serviks sering ditemukan pada wanita golongan sosial ekonomi rendah, mungkin berkaitan dengan diet dan immunitas. Wanita di kelas sosio ekonomi yang paling rendah memiliki faktor risiko 5 kali lebih besar daripada faktor risiko pada wanita di kelas yang paling tinggi (Rasjidi I., 2008). Pada golongan sosial ekonomi rendah umumnya kuantitas dan kualitas makanan kurang dan ini mempengaruhi imunitas tubuh. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara kanker serviks dengan pekerjaan, dimana wanita pekerja kasar memperlihatkan 4 kali lebih mungkin terkena kanker serviks dibanding wanita pekerja ringan atau di kantor (Indriyani D.,1991). Kebanyakan dari kelompok yang pertama ini dapat diklasifikasikan ke dalam kelompok sosial ekonomi rendah di mana mungkin standar kebersihan yang baik tidak dapat dicapai dengan mudah, sanitasi dan pemeliharaan kesehatan kurang, pendidikan rendah, nikah usia muda, jumlah anak yang tinggi, pekerjaan dan penghasilan tidak tetap serta faktor diet yang rendah karotenoid dan asam folat akan mempermudah terjadinya infeksi yang menyebabkan daya imunitas tubuh menurun sehingga menimbulkan risiko terjadi kanker serviks.

4. Gejala-gejala Kanker Serviks

a. Keputihan

Pada permulaan penyakit yaitu pada stadium praklinik (karsinoma insitu dan mikro invasif) belum dijumpai gejala-gejala yang spesifik bahkan sering tidak dijumpai gejala. Awalnya, keluar cairan mukus yang encer, keputihan seperti krem tidak gatal, kemudian menjadi merah muda lalu kecoklatan dan sangat berbau bahkan sampai dapat tercium oleh seisi rumah penderita. Bau ini timbul karena ada jaringan nekrosis (Aziz,M.F.,Saifuddin,A.B., 2006).

b. Perdarahan Pervaginam

Awal stadium invasif, keluhan yang timbul adalah perdarahan di luar siklus haid, yang dimulai sedikit-sedikit yang makin lama makin banyak atau perdarahan terjadi di antara 2 masa haid. Perdarahan terjadi akibat terbukanya pembuluh darah disertai dengan pengeluaran sekret berbau busuk, bila perdarahan berlanjut lama dan semakin sering akan menyebabkan penderita menjadi sangat anemis dan dapat terjadi shock, dijumpai pada penderita kanker serviks stadium lanjut (Aziz, M.F. dan Saifuddin, A.B., 2006).

c. Perdarahan Kontak

Keluhan ini sering dijumpai pada awal stadium invasif, biasanya timbul perdarahan setelah bersenggama. Hal ini terjadi akibat trauma pada permukaan serviks yang telah mengalami lesi (Rasjidi Imam, 2008).

d. Nyeri

Rasa nyeri ini dirasakan di bawah perut bagian bawah sekitar panggul yang biasanya unilateral yang terasa menjalar ke paha dan ke seluruh panggul. Nyeri bersifat progresif sering dimulai dengan "Low Back Pain" di daerah lumbal, menjalar ke pelvis dan tungkai bawah, gangguan miksi dan berat badan semakin lama semakin menurun khususnya pada penderita stadium lanjut.

e. Konstipasi

Apabila tumor meluas sampai pada dinding rektum, kemudian terjadi keluhan konstipasi dan fistula rectoingional (Thomas, R., 2002).

f. Inkontinensia Urin

Gejala ini sering dijumpai pada stadium lanjut yang merupakan komplikasi akibat terbentuknya fistula dari kandung kemih ke vagina ataupun fistula dari rektum ke vagina karena proses lanjutan metastase kanker serviks (Thomas, R., 2002).

g. Gejala-gejala lain

Semakin lanjut dan bertambah parahnya penyakit, penderita akan menjadi kurus, anemis karena perdarahan terus-menerus, malaise, nafsu makan hilang, syok dan dapat sampai meninggal dunia (Rahmat, Y, 2001).

5. Diagnosa Kanker Serviks

Kanker serviks pada masa prakanker atau stadium awal tidak menimbulkan gejala sehingga dengan membuat diagnosis sedini mungkin dan memulai pengobatan yang sesuai, hasil yang diperoleh akan lebih baik sehingga jumlah wanita yang meninggal akibat kanker serviks dapat berkurang.

a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan serviks merupakan prosedur mutlak yang perlu dilakukan untuk melihat perubahan portio vaginalis dan mengambil bahan apusan untuk pemeriksaan sitologi ataupun biopsi. Setelah biopsi, pemeriksaan dilanjutkan dengan palpasi bimanual vagina dan rektum untuk mengetahui luas massa tumor pada serviks dan rektum.

b. Tes Paps smear

Tes Pap merupakan salah satu pemeriksaan sel serviks untuk mengetahui perubahan sel, sampai mengarah pada pertumbuhan sel kanker sejak dini. Apusan sitologi pap diterima secara universal sebagai alat skrining kanker serviks. Metode ini peka terhadap pemantauan derajat perubahan pertumbuhan epitel serviks. Pemeriksaan Tes Pap dianjurkan secara berkala meskipun tidak ada keluhan terutama bagi yang berisiko (1-2 kali setahun). Berkat teknik Tes Pap, angka kematian turun sampai 75% (Rasjidi Imam, 2008).

c. Kolposkopi

Kolposkopi adalah alat ginekologi yang digunakan untuk melihat perubahan stadium dan luas pertumbuhan abnormal epitel serviks. Metode ini mampu mendeteksi pra karsinoma serviks

dengan akurasi diagnostik cukup tinggi (Erich B., 1991). Kolposkopi hanya digunakan selektif pada sitologi Tes Pap abnormal yaitu displasia dan karsinoma in situ atau kasus yang mencurigakan maligna. Kombinasi kolposkopi dan tes Pap memberikan ketepatan diagnostic lebih kuat. Sensitivitas tes Pap dan kolposkopi masing-masing 55% dan 95% dan spesifisitas masing-masing 78,1% dan 99,7% (Erich B.,1991).

d. Konisasi

Jika pemeriksaan kolposkopi tidak memuaskan maka konisasi harus dilakukan yaitu pengawasan endoserviks dengan serat asetat selulosa di mana daerah abnormal ternyata masuk ke dalam kanalis servikalis (Erich B., 1991).

e. Biopsi

Biopsi memerlukan prosedur diagnostik yang penting sekalipun sitologi apusan serviks menunjukkan karsinoma. Spesimen diambil dari daerah tumor yang berbatasan dengan jaringan normal. Jaringan yang diambil diawetkan dengan formalin selanjutnya diproses melalui beberapa tahapan hingga jaringan menjadi sediaan yang siap untuk diperiksa secara mikroskopis (Aziz, M.F., 2002).

6. Klasifikasi Histopatologi dan Stadium Klinik Kanker Serviks

a. Klasifikasi Histopatologi

Secara histopatologi kanker serviks terdiri atas berbagai jenis. Dua bentuk yang sering dijumpai adalah karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma. Sekitar 85% merupakan karsinoma serviks jenis skuamosa (epidermoid), 10% jenis adenokarsinoma dan 5% adalah jenis adenoskuamosa, sel jernih, sel kecil dan lain-lain (Krivak T.C, McBroom J.W, dan Elkas J.C, 2002).

Jenis histopatologik kanker serviks menurut WHO, 1994 dibagi menjadi sebagai berikut:

<b>KARSINOMA SEL SKUAMOSA</b> <b>Dengan pertandukan</b> <b>Tanpa pertandukan</b> <b>Tipe verukosa</b> <b>Tipe kapiler</b> <b>Tipe limfoepitelioma</b>
<b>ADENOKARSINOMA</b> <b>Tipe musinosa</b> <b>Tipe mesonefrik</b> <b>Tipe sel jernih</b> <b>Tipe serosa</b> <b>Tipe endometrioid</b>
<b>KARSINOADENOSKUAMOSA</b> <b>Karsinoma glassy cell</b> <b>Karsinoma sel kecil</b> <b>Karsinoma adenoid basal</b> <b>Tumor karsinoid</b> <b>Karsinoma adenoid kistik</b>
<b>TUMOR MESENKIM</b> <b>Karsinoma tidak berdiferensiasi</b>

b. Stadium Klinik Kanker Serviks

Stadium klinik yang sering digunakan adalah klasifikasi yang dianjurkan oleh International Federation Of Gynecology and Obstetrics (WHO, 2006) yaitu seperti berikut :

Stadium 0 : Karsinoma insitu atau intraepitel, selaput basal masih utuh.

Stadium 1 : Karsinoma masih terbatas pada serviks

1A : Invasi kanker ke stroma hanya dapat dikenali secara mikroskopik, lesi dapat dilihat secara langsung walau dengan invasi yang sangat superfisial dikelompokkan sebagai stadium 1b. Kedalaman

invasi ke stroma tidak lebih dari 5mm dan lebarnya lesi tidak lebih dari 7mm

1A1 : Invasi ke stroma dengan kedalaman tidak lebih dari 3mm dan lebar tidak lebih dari 7mm.

1A2 : Invasi ke stroma dengan kedalaman lebih dari 3mm tapi kurang dari 5mm dan lebar tidak lebih dari 7mm.

1B : Lesi terbatas di serviks atau secara mikroskopis lebih dari 1a.

1B1 : Besar lesi secara klinis tidak lebih dari 4 cm.

1B2 : Besar lesi secara klinis lebih dari 4 cm.

Stadium II : Telah melibatkan vagina, tetapi belum sampai 1/3 bawah atau infiltrasi ke parametrium belum mencapai dinding panggul.

IIA : Telah melibatkan vagina tapi belum melibatkan parametrium.

IIB : Infiltrasi ke parametrium,tetapi belum mencapai dinding panggul.

Stadium III : Telah melibatkan 1/3 bawah vagina atau adanya perluasan sampai dinding panggul. Kasus dengan hidronephrosis atau gangguan fungsi ginjal dimasukkan dalam stadium ini, kecuali kelainan ginjal dapat dibuktikan oleh sebab lain.

IIIA : Keterlibatan 1/3 bawah vagina dan infiltrasi parametrium belum mencapai dinding panggul.

IIIB : Perluasan sampai dinding panggul atau adanya hidronephrosis atau gangguan fungsi ginjal.

Stadium IV : Perluasan ke luar organ reproduktif.

IVA : Keterlibatan mukosa kandung kemih atau mukosa rectum.

IVB : Metastase jauh atau telah keluar dari rongga panggul.

#### 7. Terapi Kanker Serviks

Bila diagnosa histopatologik telah dibuat,maka pengobatan harus segera dilakukan dan pilihan pengobatan tergantung pada beberapa

faktor yaitu:

- a. Letak dan luas lesi
- b. Usia, jumlah anak dan keinginan menambah jumlah anak
- c. Adanya patologi lain dalam uterus
- d. Keadaan sosial ekonomi
- e. Fasilitas

Pengobatan kanker serviks tergantung pada tingkatan stadium klinis. Secara umum dapat digolongkan ke dalam tiga golongan terapi (Indriyani D., 1991) yaitu:

a. Operasi

Operasi dilakukan pada stadium klinis I dan II, meliputi histerektomi radikal, histerektomi ekstrasfasial dan limpadenotomi. Pada stadium klinis III, di samping operasi, dilakukan juga terapi radiasi untuk mengurangi risiko penyakit sentral yang terus berlanjut.

b. Radioterapi

Terapi radiasi yaitu dengan menggunakan sinar X berkekuatan tinggi yang dapat dilakukan secara internal maupun eksternal. Terapi radiasi dilakukan pada stadium klinis III. Selain radiasi terkadang diberikan pula kemoterapi sebagai kombinasi terapi.

c. Kemoterapi

Kemoterapi dilakukan bila terapi radiasi tidak mungkin diberikan karena metastase sudah sangat jauh. Umumnya diberikan pada Stadium klinis IV B dan hanya bersifat paliatif.

8. Prognosis Kanker Serviks

Faktor-faktor yang menentukan prognosis adalah umur, keadaan umum fisik, tingkat klinik, ciri-ciri histologik sel-sel tumor, kemampuan ahli yang menangani dan sarana yang tersedia. Kemampuan mempertahankan kelangsungan hidup pasien 5 tahun setelah pengobatan adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat Klinik I  $\geq$  85%
- b. Tingkat Klinik II 42% - 70%
- c. Tingkat Klinik III 26% - 42%
- d. Tingkat Klinik IV 0 – 12

9. Upaya pencegahan

Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui pencegahan primer, sekunder, dan tertier.

a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer harus dilakukan dengan menghindari faktor risiko seperti tidak merokok dan juga dengan vaksinasi. Kelompok yang berisiko juga harus melakukan tes paps smear secara rutin. Pencegahan primer juga dilakukan dengan penyuluhan dan pendidikan kepada masyarakat mengenai penyebab dan faktor risiko terjadinya kanker serviks. Keberhasilan program penyuluhan dilanjutkan dengan skrining (Grunberg A.G., Vischjager P., 2005).

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan dengan cara deteksi dini terhadap kanker. Artinya penyakit harus ditemukan pada saat pra kanker. Salah satu bentuk pencegahan sekunder adalah dengan melakukan tes paps smear secara teratur. Paps smear adalah semata-mata alat *screening* dan peranannya terutama pada wanita-wanita yang asimtomatik. Pemeriksaan papsmear berguna untuk mendeteksi adanya kanker serviks pada stadium dini, khususnya pada wanita yang telah melakukan hubungan seksual (Grunberg A.G., Vischjager P., 2005).

Bagi wanita yang berisiko tinggi sebaiknya menjalani paps smear lebih sering (dua kali setahun) dan dilakukan secara teratur selama dua tahun. Jika hasilnya negative, maka pemeriksaan selanjutnya setiap 3 tahun sekali sampai usia 65 tahun. Bila ada lesi pada serviks harus dilakukan biopsi sebab lesi dapat menunjukkan hasil paps smear negative. Penting sekali untuk melakukan pemeriksaan sel-sel hasil biopsi. Jika terdapat sel-sel tidak normal, segera dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.



Gambar 2.2  
Interpretasi tes IVA

c. Pencegahan Tertier

Pencegahan tertier dapat dilakukan berupa penyuluhan terhadap pasangan penderita kanker serviks khususnya yang telah menjalani histerektomi total agar tetap memperlakukan pasangannya sebagaimana biasanya, sehingga keharmonisan hubungan suami istri tetap terjaga. Konseling dapat dilakukan terhadap penderita stadium lanjut agar faktor psikologis tidak memperburuk keadaan (Grunberg A.G., Vischjager P., 2005).

C. Konsep Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan Merupakan emosi subjektif yang membuat individu tidak nyaman, ketakutan yang tidak jelas dan gelisah, dan disertai respon otonom. Kecemasan juga merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2007).

Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi dalam berbagai situasi kehidupan maupun gangguan sakit. Selain itu kecemasan dapat menimbulkan reaksi tubuh yang akan terjadi secara

berulang seperti rasa kosong di perut, sesak nafas, jantung berdebar, keringat banyak, sakit kepala, rasa mau buang air kecil dan buang air besar. Perasaan ini disertai perasaan ingin bergerak untuk lari menghindari hal yang dicemaskan (Stuart, 2007).

Kecemasan adalah gejala yang tidak spesifik dan aktivitas saraf otonom dalam berespon terhadap ketidakjelasan, ancaman tidak spesifik yang sering ditemukan dan sering kali merupakan suatu emosi yang normal (Carpenito, 2006).

## 2. Fisiologi Kecemasan

Reaksi takut dapat terjadi melalui perangsangan hipotalamus dan nuclei amigdaloid. Sebaliknya amigdala dirusak, reaksi takut beserta manifestasi otonom dan endokrinnya tidak terjadi pada keadaan-keadaan normalnya menimbulkan reaksi dan manifestasi tersebut, terdapat banyak bukti bahwa nuclei amigdaloid bekerja menekan memori-memori yang memutuskan rasa takut masuknya sensorik aferent yang memicu respon takut terkondisi berjalan langsung dengan peningkatan aliran darah bilateral ke berbagai bagian ujung anterior kedua sisi lobus temporalis.

Sistem saraf otonom yang mengendalikan berbagai otot dan kelenjar tubuh. Pada saat pikiran dijangkiti rasa takut, sistem saraf otonom menyebabkan tubuh bereaksi secara mendalam, jantung berdetak lebih keras, nadi dan nafas bergerak meningkat, biji mata membesar, proses pencernaan dan yang berhubungan dengan usus berhenti, pembuluh darah mengerut, tekanan darah meningkat, kelenjar adrenal melepas adrenalin ke dalam darah. Akhirnya, darah di alirkan ke seluruh tubuh sehingga menjadi tegang dan selanjunya mengakibatkan tidak bisa tidur ( Stuart, 2007 ).

## 3. Faktor – factor Yang Mempengaruhi Respon Kecemasan

Faktor- faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut (Stuart, 2007) diantaranya adalah:

### a. Faktor predisposisi

Menurut Stuart and Sundeen (1998), teori yang dikembangkan untuk menjelaskan penyebab kecemasan adalah:

1). Teori psikoanalitik

Menurut Freud (1993) struktur kepribadian terdiri dari 3 elemen yaitu id, ego, dan super ego. Id melambangkan dorongan insting dan impuls primitif, super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang, sedangkan ego digambarkan sebagai mediator antara tuntutan dari id dan super ego. Ansietas merupakan konflik emosional antara id dan super ego yang berfungsi untuk memperingatkan ego tentang sesuatu bahaya yang perlu diatasi.

2). Teori interpersonal

Kecemasan terjadi dari ketakutan akan pola penolakan interpersonal. Hal ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa perkembangan atau pertumbuhan seperti kehilangan, perpisahan yang menyebabkan seseorang menjadi tidak berdaya. Individu yang mempunyai harga diri rendah biasanya sangat mudah untuk mengalami kecemasan berat (Stuart & Sundeen, 1998).

3). Teori perilaku

Kecemasan merupakan hasil frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Para ahli perilaku menganggap ansietas merupakan sesuatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan untuk menghindari rasa sakit. Teori ini meyakini bahwa manusia yang pada awal kehidupannya dihadapkan pada rasa takut yang berlebihan akan menunjukkan kemungkinan ansietas yang berat pada kehidupan masa dewasanya (Smeltzer & Bare, 2001).

4). Teori keluarga

Intensitas cemas yang dialami oleh individu kemungkinan memiliki dasar genetik. Orang tua yang memiliki gangguan cemas tampaknya memiliki resiko tinggi untuk

memiliki anak dengan gangguan cemas. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan merupakan hal yang bisa ditemui dalam suatu keluarga

5). Kajian biologis

Kajian biologi menunjukkan otak mengandung reseptor khusus benzodiazepines. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirik-gamma neroregulator (GABA) dan endorfin juga memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan.

b. Faktor presipitasi

Kecemasan adalah keadaan yang tidak dapat dielakkan pada kehidupan manusia dalam memelihara keseimbangan. Pengalaman ansietas seseorang tidak sama pada beberapa situasi dan hubungan interpersonal. Ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan, (Stuart, 2007)

1). Faktor eksternal

(a). Ancaman integritas fisik, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, jenis pembedahan yang akan dilakukan).

(b). Ancaman sistem diri antara lain: ancaman terhadap identitas diri, harga diri, dan hubungan interpersonal, kehilangan serta perubahan status atau peran.

2). Faktor internal

Kemampuan individu dalam merespon terhadap penyebab kecemasan ditemukan oleh :

(a). Potensi stressor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa

mengadakan adaptasi.

(b). Maturitas

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

(c). Pendidikan dan status ekonomi

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

(d). Keadaan fisik

Seseorang yang akan mengalami gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami kecemasan, di samping itu orang yang mengalami kelelahan fisik mudah mengalami kecemasan.

(e). Tipe kepribadian

Orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan kepribadian B. Adapun ciri- ciri orang dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung, otot-otot mudah tegang. Sedang orang dengan tipe kepribadian B mempunyai ciri- ciri berlawanan dengan tipe kepribadian A. Karena tipe kepribadian B adalah



orang yang penyabar, teliti, dan rutinitas.

(f). Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

(g). Umur

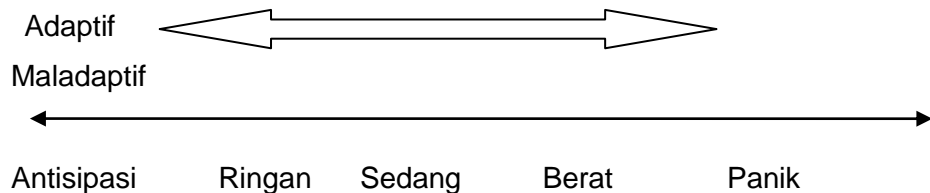
Seseorang yang mempunyai umur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya (Varcoralis, 2000 dalam Nurjannah, 2005).

(h). Jenis kelamin

Gangguan panik merupakan suatu gangguan cemas yang ditandai oleh kecemasan yang spontan dan episodik. Gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria (Varcoralis, 2000).

4. Rentang Respon Kecemasan

Respon rentang kecemasan yaitu respon tentang sehat- sakit yang dapat dipakai untuk menggambarkan respon adaptif maladaptif pada kecemasan, dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.3  
Rentang respon adaptif dan maladaptif  
Stuart dan Sundeen (1998 ): *Principles and practice of psychiatric nursing (5<sup>th</sup> ed)*, Philadelphia : Mosby Year Book

Klasifikasi tingkat dan respon kecemasan menurut Stuart *and* Sundeen (1998):

a. Ansietas ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dan waspada. Manifestasi yang muncul pada ansietas ringan, antara lain:

1). Respon fisiologis

Respon fisiologis meliputi sesekali nafas pendek, mampu menerima rangsang yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar.

2). Respon kognitif

Respon kognitif meliputi koping persepsi luas, mampu menerima rangsang yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan menyelesaikan masalah.

3). Respon perilaku dan emosi

Respon perilaku dan emosi meliputi tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada lengan, dan suara kadang meninggi.

b. Ansietas sedang

Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dengan mengesampingkan yang lain perhatian selektif dan mampu melakukan sesuatu yang lebih terarah. Manifestasi yang muncul pada kecemasan sedang antara lain:

1). Respon fisiologis

Sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual, dan berkeringat setempat.

2). Respon kognitif

Respon pandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung.

3). Respon perilaku dan emosi

Bicara banyak, lebih cepat, susah tidur dan tidak aman.

c. Ansietas berat

Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Manifestasi yang muncul pada kecemasan berat antara lain:

1). Respon fisiologis

Napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, dan ketegangan.

2). Respon kognitif

Lapang persepsi sangat sempit, dan tidak mampu menyelesaikan masalah.

3). Respon perilaku dan emosi

Perasaan terancam meningkat, verbalisasi cepat, dan menarik diri dari hubungan interpersonal.

d. Panik

Tingkat panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan terror. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Manifestasi yang muncul terdiri dari:

1). Respon fisiologis

Napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, dan koordinasi motorik rendah.

2). Lapang kognitif

Lapang persepsi sangat sempit, dan tidak dapat berfikir logis.

3). Respon perilaku dan emosi

Mengamuk-amuk dan marah-marah, ketakutan, berteriak-teriak, menarik diri dari hubungan interpersonal, kehilangan kendali atau kontrol diri dan persepsi kacau.

Roy (1992) mengatakan manusia makhluk yang unik karenanya mempunyai respon yang berbeda-beda terhadap cemas tergantung kemampuan adaptasi ini dipengaruhi oleh

pengalaman berubah dan kemampuan koping individu. Koping adalah mekanisme mempertahankan keseimbangan dalam menghadapi stress.

Selanjutnya Roy (1992) menerangkan proses adaptasi dipengaruhi oleh 2 aspek yaitu :

- a. Stresor (stimulus lokal) : yaitu semua rangsang yang dihadapi individu dan memerlukan respon adaptasi.
- b. Mediator (proses adaptasi)
  - 1). Stimulus internal yaitu faktor dari dalam yang dimiliki individu seperti keyakinan, pengalaman masa lalu, sikap, dan kepribadian.
  - 2). Stimulus eksternal (kontekstual) yaitu faktor dari luar yang berkontribusi atau melatar belakangi dan mempengaruhi respon adaptasi individu terhadap stressor yang dihadapi.

#### 5. Tipe Kepribadian Pencemas

Seseorang akan menderita gangguan cemas manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi stressor yang dihadapi. Tetapi pada orang-orang tertentu meskipun tidak ada stressor psikososial yang bersangkutan menunjukkan kecemasan juga, yang ditandai dengan corak atau tipe kepribadian pencemas (Hawari, 2008). Tipe kepribadian pencemas, antara lain :

- a. Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang.
- b. Memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir).
- c. Kurang percaya diri, gugup apabila tampil dimuka umum (demam panggung).
- d. Sering merasa tidak bersalah, dan menyalahkan orang lain.
- e. Tidak mudah mengalah/ngotot.
- f. Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk dan gelisah.
- g. Seringkali mengeluh ini dan itu (keluhan-keluhan somatik), khawatir berlebihan terhadap penyakit.
- h. Mudah tersinggung, suka membesar-besarkan masalah kecil (dramatisasi).
- i. Dalam mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan

ragu.

- j. Bila mengemukakan sesuatu atau bertanya sering diulang-ulang.
- k. Kalau sedang emosi sering kali bertindak histeris.

Orang dengan tipe kepribadian pencemas tidak selamanya mengeluh hal-hal yang sifatnya psikis tetapi sering juga disertai dengan keluhan-keluhan fisik (somatik) dan juga tumpang tindih dengan ciri-ciri kepribadian depresif atau dengan kata lain batasannya seringkali.

#### 6. Penatalaksanaan Kecemasan

Pengobatan yang paling efektif untuk pasien dengan gangguan kecemasan umum adalah kemungkinan pengobatan yang mengkombinasikan psikoterapi, farmakoterapi dan pendekatan suportif (Kaplan and Sadock, 1998).

##### a. Psikoterapi

Teknik utama yang digunakan adalah pendekatan perilaku misalnya relaksasi dan bio feed back (proses penyediaan suatu informasi pada keadaan satu atau beberapa variabel fisiologi seperti denyut nadi, tekanan darah dan temperatur kulit).

##### b. Farmakoterapi

Dua obat utama yang dipertimbangkan dalam pengobatan kecemasan umum adalah buspirone dan benzodiazepin. Obat lain yang mungkin berguna adalah obat trisiklik sebagai contohnya imipramine (tofranil) – antihistamin dan antagonis adrenergik beta sebagai contohnya propranolol (inderal).

##### c. Pendekatan suportif

Dukungan emosi dari keluarga dan orang terdekat akan memberi kita cinta dan perasaan berbagai beban. Kemampuan berbicara kepada seseorang dan mengekspresikan perasaan secara terbuka dapat membantu dalam menguasai keadaan (Smeltzer and Bare, 2000).

## 7. Alat Ukur Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat dan berat sekali, orang menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A). Alat ukur ini terdiri 14 kelompok gejala yang masing- masing kelompok dirinci lagi dengan gejala- gejala yang lebih spesifik. Masing- masing kelompok gejala diberi penilaian angka (skore) antara 0-4, yang artinya adalah

Nilai 0	= tidak ada gejala / keluhan
Nilai 1	= gejala ringan / satu dari gejala yang ada
Nilai 2	= gejala sedang / separuh dari gejala yang ada
Nilai 3	= gejala berat / lebih dari separuh dari gejala yang ada
Nilai 4	= gejala berat sekali / semua dari gejala yang ada

Masing-masing nilai angka (*score*) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, dengan total nilai:

Kurang dari 14	= tidak ada kecemasan
14 – 20	= kecemasan ringan
21 – 27	= kecemasan sedang
28 – 41	= kecemasan berat
42 – 56	= kecemasan berat sekali/panic

## 8. Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan

### a. Umur

Menurut Elisabeth (1995 dikutip Nursalam 2001), yaitu umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Pendapat lain mengemukakan bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat. Menurut Long (1996 dikutip Nursalam 2001), yaitu semakin tua umur seseorang semakin konstruktif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi. Semakin muda umur seseorang dalam menghadapi masalah maka akan sangat mempengaruhi konsep dirinya. Umur

dipandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan dan perkembangan seseorang.

b. Pendidikan

Pendidikan kesehatan merupakan usaha kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk mencapai hidup secara optimal. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi, sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Jadi dapat di asumsikan bahwa faktor pendidikan sangat berpengaruh terhadap tingkat kecemasan seseorang tentang hal baru yang belum pernah dirasakan atau sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang terhadap kesehatannya. (Notoadmodjo, 2003).

c. Pengalaman

Menurut Robby (2009) pengalaman masa lalu terhadap penyakit baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan menggunakan coping. Keberhasilan seseorang pada masa lalu dapat membantu individu untuk mengembangkan keterampilan menggunakan coping, sebaliknya kegagalan atau reaksi emosional menyebabkan seseorang menggunakan coping yang maladaptif terhadap stressor tertentu.

d. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan (Nursalam 2001).

## D. Konsep Teknik Relaksasi Otot Progresif

### 1. Pengertian Terapi relaksasi otot progresif

Teknik relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan, atau sugesti (Herodes, 2010) dalam (Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Terapi relaksasi otot progresif yaitu terapi dengan cara peregangan otot kemudian dilakukan relaksasi otot (Gemilang, 2013). Relaksasi progresif adalah cara yang efektif untuk relaksasi dan mengurangi kecemasan (Sustrani, Alam, & Hadibroto, 2004).

### 2. Tujuan Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Herodes (2010), Alim (2009), dan Potter (2005) dalam Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa tujuan dari teknik ini adalah:

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik.
- b. Mengurangi disritmia jantung, kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian serta relaks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, dan
- g. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

### 3. Indikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2011, hlm.108) bahwa indikasi dari terapi relaksasi otot progresif, yaitu:

- a. Klien yang mengalami gangguan tidur (insomnia).
- b. Klien yang sering mengalami stress.
- c. Klien yang mengalami kecemasan.
- d. Klien yang mengalami depresi.

#### 4. Kontraindikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa kontraindikasi dari terapi relaksasi otot progresif, yaitu:

- a. Klien yang mengalami keterbatasan gerak, misalnya tidak bisa menggerakkan badannya.
- b. Klien yang menjalani perawatan tirah baring (*bed rest*).

#### 5. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2011) hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan kegiatan terapi relaksasi otot progresif yaitu :

- a. Jangan terlalu menegangkan otot berlebihan karena dapat melukai diri sendiri.
- b. Dibutuhkan waktu sekitar 20-50 detik untuk membuat otot-otot relaks.
- c. Perhatikan posisi tubuh. Lebih nyaman dengan mata tertutup. Hindari dengan posisi berdiri.
- d. Menegangkan kelompok otot dua kali tegangan.
- e. Melakukan pada bagian kanan tubuh dua kali, kemudian bagian kiri dua kali.
- f. Periksa apakah klien benar-benar relaks.
- g. Terus-menerus memberikan instruksi.
- h. Memberikan instruksi tidak terlalu cepat dan tidak terlalu lambat.

#### E. Konsep Teori Keperawatan Pola Kesehatan Fungsional Gordon

##### 1. Pengertian pola kesehatan Fungsional Gordon

Pola kesehatan Fungsional menurut Gordon adalah bahwa pola kesehatan fungsional Gordon ini mempunyai aplikasi luas untuk para perawat dengan latar belakang praktek yang beragam model pola fungsional kesehatan terbentuk dari hubungan klien dan lingkungan dan dapat digunakan untuk perserorangan, keluarga, dan komunitas. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan dan memilah-milah data. (Perry & Potter, 2005).

Ada lima rangkaian tahapan yang ada didalam proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Kelima tahapan ini bersifat dinamik, berkelanjutan dan berhubungan satu sama lainnya. Berdasarkan teori Gordon pada tahun 1995, terdapat dua langkah awal yang terdapat dalam proses keperawatan yaitu pengkajian dan diagnosa dikatakan sebagai komponen identifikasi masalah, sedangkan perencanaan, implementasi dan evaluasi merupakan komponen pemecahan masalah (Potter & Perry, 2005).

Teori yang digunakan dalam mengkaji dan menganalisa pasien adalah teori Gordon "functional health pattern". Functional health pattern / pola fungsional kesehatan ini terbagi menjadi sebelas yaitu pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan, pola metabolik-nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan (olahraga), pola tidur & istirahat, pola persepsi-kognitif, pola konsep diri-persepsi diri, pola hubungan-peran, pola reproduksi-seksualitas, pola toleransi terhadap stress-koping, pola keyakinan-nilai (Daniels, 2004).

Analisa Data Hasil Pengkajian dengan Menggunakan Teori Gordon Teori Gordon tentang functional health pattern / pola fungsional kesehatan adalah pendekatan holistik yang bersifat sistematis untuk mengevaluasi segala bidang kebutuhan manusia, dan bidang-bidang tersebut saling bergantung satu sama lain (Rick Daniels, 2004). Pendekatan yang sistematis ini memungkinkan perawat untuk mampu memeriksa dan menilai lebih komprehensif mengenai tindakan dan respon pasien, pengidentifikasian masalah kesehatan pasien dan pengevaluasian dari hasil perawatan.

2. Model Konsep & Tipologi 11 Pola Kesehatan Fungsional Menurut Gordon: (Daniels, 2004)

a. 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.

b. Pola metabolik-nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, Mual/muntah, Kebutuhan jumlah zat gizi, masalah/penyembuhan kulit, Makanan kesukaan.

c. Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih dan kulit, kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, Karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih, dll.

d. Pola aktivitas dan latihan (olahraga)

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain. Kemampuan klien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan 0 : mandiri, 1 : dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3 : dibantu orang dan alat 4 : tergantung dalam melakukan ADL, kekuatan otot dan *Range Of Motion*, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman nafas, bunyi nafas riwayat penyakit paru.

e. Pola tidur & istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energy, jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, mengeluh letih.

f. Pola persepsi-kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan

atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang atau benda). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), penciuman dll.

g. Pola konsep diri-persepsi diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan, Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai system terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai system terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural spiritual dan dalam pandangan secara holistic Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, asertif atau passive, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tidak berdaya, gugup/relaks.

h. Pola hubungan-peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien Pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive/agresif teradap orang lain, masalah keuangan, dll.

i. Pola reproduksi

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan sex, pemeriksaan genital.

j. Pola toleransi terhadap stress-koping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan penggunaan sistem pendukung, penggunaan obat untuk menangani stress, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress.

k. Pola keyakinan-nilai

Menggambarkan dan Menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama, kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.



**BAB III**  
**APLIKASI MODEL KEPERAWATAN**  
**POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON**

**A. Gambaran Kasus**

**1. Kasus 1**

Ny. S, usia 40 tahun dengan diagnosis *Cancer Cerviks* stadium 1A, keluhan utama nyeri perut bagian bawah.

Riwayat penyakit sekarang : pada awal bulan juli 2017 klien berobat kerumah sakit tarakan melalui poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sudah 1 bulan yang lalu, keputihan dan terasa gatal daerah kemaluan. klien di beri obat, disuruh kontrol kembali 1 minggu kedepan. Setelah 1 minggu kemudian klien memeriksakan kesehatan kembali ke poli kandungan rumah sakit tarakan. setelah di lakukan pemeriksaan biopsi hasilnya keluar klien dinyatakan *Cancer Cerviks*. Kemudian klien dianjurkan di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda. Tetapi klien bertahan di rumah tidak segera berangkat Ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda. Pada tanggal 15-11-2017 klien baru memeriksakan kesehatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda di poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu, keputihan dan terasa gatal daerah kemaluan. setelah di lakukan pemeriksaan dan berdasarkan surat rujukan klien dinyatakan menderita kanker serviks dan dianjurkan untuk segera dioperasi. Kemudian klien masuk ruang perawatan mawar dan dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi elektif histerektomi tanggal 17 November 2017. Pada tanggal 15-11-2017 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan, Ny. S mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu”, nyeri bertambah saat di tekan, nyeri terasa tertimpa benda berat, skala nyeri 4 (sedang), waktu munculnya nyeri terus menerus, klien terlihat meringis menahan nyeri. Selain itu klien juga mengatakan “saya merasa cemas/khawatir dalam menjalani operasi sampai kepikiran saya tidak bisa tidur siang dan bagaimana kondisi penyakit saya, apakah bisa sembuh jika di operasi”, klien tampak gelisah dan khawatir dengan kondisinya, serta bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi. Riwayat kesehatan dahulu

klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi dan sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit dan tidak pernah operasi.

Hasil pemeriksaan vital sign TD: 120/80 mmHg, N: 88 x/menit, suhu: 36,7<sup>0</sup> C, pernafasan 18 x/menit, kekuatan otot atas 5//5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (-), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum: baik, kesadaran Composmentis.

Pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 15 November 2017 : leukosit 5.79 10<sup>3</sup>/uL (4.80-10.8), Eritrosit 3.27 10<sup>6</sup>/μL (4.70-6.10), Hb 12,5 gr% (11.2-15.7), hematokrit 34,1 % (34-45), trombosit 293.000 /uL (150.000-450.000), GDS: 130 Mg/dl (70-140), kolesterol: 200 Mg/dl (< 200), Asam urat: 3.0 Mmol/L (3.4-7.0), SGOT: 11 u/L (<35), SGPT: 9 u/L (<41), Ureum: 20.5 mg/dl (19.3-49.2), Creatinin: 0.5 mg/dl (0.7-1.3), Ca 125: 48 U/mL (0-35), HBSAg: Non Reaktif, Hiv: Non Reaktif. Terapi yang diberikan Injeksi ketorolac 3x 30 mg, Injeksi Ranitidin 2 x 5 mg, Injeksi Ceftriaxone 3 x1 gr, Infus RL 18 tetes/menit.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. S berdasarkan NANDA adalah 1). Nyeri Kronis (Domain 12 kelas 1 kode 00133), 2). Ansietas (Domain 9 kelas 2 kode 00146), 3). Defisiensi Pengetahuan (Domain 5 kelas 4 kode 00126).

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. S setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu kontrol nyeri : klien dapat mengontrol nyeri, tingkat kecemasan : ansietas klien dapat teratasi, dan pengetahuan manajemen penyakit kronis : defisiensi pengetahuan klien dapat teratasi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain yaitu manajemen nyeri untuk mengontrol nyeri , terapi relaksasi menggunakan teknik relaksasi otot progresif untuk mengatasi/menurunkan tingkat kecemasan, pendidikan kesehatan untuk mengatasi defisiensi pengetahuan.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi : skala nyeri masih 4, tingkat kecemasan klien ringan, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua pre operasi : skala nyeri 2, tingkat kecemasan klien teratasi,

defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari ketiga pre operasi : skala nyeri 2, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari ketiga klien operasi.

## 2. Kasus 2

Ny. M, usia 42 tahun dengan diagnosis *Cancer Cerviks* stadium 1B, Keluhan utama nyeri perut bagian bawah.

Riwayat penyakit sekarang : klien datang ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda bulan agustus 2017 melalui poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sudah 1 bulan 15 hari yang lalu dan keputihan. klien di beri obat, disuruh kontrol kembali 1 minggu kedepan. Setelah 1 minggu kemudian klien memeriksakan kesehatan kembali ke poli kandungan rumah sakit. setelah di lakukan pemeriksaan biopsi hasilnya keluar klien dinyatakan *Cancer Cerviks*. Kemudian klien dianjurkan rawat inap dan dilakukan operasi segera. Tetapi klien menolak dan pulang kerumah karena belum siap dan ingin minum obat di rumah aja. Selama minum obat di rumah keluhan Ny. M tidak sembuh-sembuh, nyeri perut bagian bawah bertambah dan keputihan. Karena klien dan keluarga merasa khawatir dengan kondisinya pada tanggal 15-11-2017 klien diantar oleh keluarga memeriksakan kesehatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda di poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sudah 5 bulan yang lalu dan keputihan. setelah di lakukan pemeriksaan dan berdasarkan hasil pemeriksaan biopsi sebelumnya klien dinyatakan menderita kanker serviks dan dianjurkan untuk segera dioperasi. Kemudian klien masuk ruang perawatan mawar dan dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi elektif tanggal 17 November 2017. Pada tanggal 16-11-2017 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan, Ny. M mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 5 bulan yang lalu”, nyeri bertambah saat di tekan, skala nyeri 3 (ringan), nyeri terasa tertusuk, waktu munculnya nyeri terus menerus. Selain itu klien juga mengatakan “saya merasa sedikit cemas dalam menjalani operasi dan bagaimana kondisi penyakit saya, apa tidak ada masalah jika dioperasi”, klien tampak gelisah dan khawatir dengan kondisinya, serta bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan

tidak memiliki riwayat DM, hipertensi dan sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit dan pernah operasi usus buntu (Apendiktomi).

Hasil pemeriksaan vital sign TD: 120/70 mmHg, N: 90 x/menit, suhu: 36,5<sup>0</sup> C, pernafasan 20 x/menit, kekuatan otot atas 5//5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (-), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum: baik, kesadaran Composmentis.

Pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 15 November 2017 : leukosit 7.19 10<sup>3</sup>/uL (4.80-10.8), Eritrosit 4.15 10<sup>6</sup>/μL (4.70-6.10), Hb 10,5 gr% (11.2-15.7), hematokrit 32,1 % (34-45), trombosit 280.000 /uL (150.000-450.000), GDS: 110 Mg/dl (70-140), kolesterol: 183 Mg/dl (< 200), Asam urat: 3.0 Mmol/L (3.4-7.0), SGOT: 15 u/L (<35), SGPT: 11 u/L (<41), Ureum: 22.3 mg/dl (19.3-49.2), Creatinin: 0.5 mg/dl (0.7-1.3), Ca 125: 50 U/mL (0-35), HBSAg: Non Reaktif, Hiv: Non Reaktif. Terapi yang diberikan Injeksi ketorolac 3x 30 mg, Injeksi Ranitidin 2 x 5 mg, Injeksi Ceftriaxone 3 x1 gr, Infus RL 20 tetes/menit.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. M berdasarkan NANDA adalah 1). Nyeri Kronis (Domain 12 kelas 1 kode 00133), 2). Ansietas (Domain 9 kelas 2 kode 00146), 3). Defisiensi Pengetahuan (Domain 5 kelas 4 kode 00126).

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. M setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu kontrol nyeri : klien dapat mengontrol nyeri, tingkat kecemasan : ansietas klien dapat teratasi, dan pengetahuan manajemen penyakit kronis : defisiensi pengetahuan klien dapat teratasi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain yaitu manajemen nyeri untuk mengontrol nyeri , terapi relaksasi menggunakan teknik relaksasi otot progresif untuk mengatasi/menurunkan tingkat kecemasan, pendidikan kesehatan untuk mengatasi defisiensi pengetahuan.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi : skala nyeri masih 3, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua pre operasi : skala nyeri 2, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua klien dilakukan operasi.

### 3. Kasus 3

Ny. H, usia 47 tahun dengan diagnosis *Cancer Cerviks* stadium 1A1, Keluhan utama nyeri perut bagian bawah.

Riwayat penyakit sekarang : pada awal bulan oktober 2017 klien memeriksakan kesehatan ditempat praktek dokter Sp.OG dengan keluhan nyeri perut bagian bawah dan terkadang keluar darah sedikit sedikit pervagina sudah 2 bulan terkahir, klien di beri obat dan pulang. Setelah kurang lebih 1 bulan dirumah keluhan klien tidak sembuh-sembuh kemudian klien memutuskan untuk berobat ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda pada awal bulan november 2017 melalui poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian bawah dan terkadang keluar darah sedikit sedikit pervagina sudah 3 bulan terkahir. Klien dilakukan pemeriksaan biopsi, di beri obat, disuruh kontrol kembali 1 minggu kedepan. Pada tgl 21 november kemudian klien memeriksakan kesehatan kembali ke poli kandungan rumah sakit. setelah di lakukan pemeriksaan biopsi hasilnya keluar klien dinyatakan *Cancer Cerviks*. Kemudian klien dianjurkan rawat inap dan dilakukan operasi segera. klien masuk ruang perawatan mawar dan dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi elektif histerektomi tanggal 22 November 2017. Pada tanggal 21-11-2017 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan, Ny. H mengatakan "nyeri perut bagian bawah dan terkadang keluar darah sedikit-sedikit pervagina sudah 3,5 bulan yang lalu", nyeri bertambah saat di tekan, skala nyeri 6 (sedang), nyeri terasa tertusuk, waktu munculnya nyeri terus menerus. Selain itu klien juga mengatakan "saya merasa cemas dan khawatir dalam menjalani operasi dan apa bisa sembuh penyakit saya jika dioperasi", klien tampak gelisah dan khawatir dengan kondisinya, serta bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan memiliki penyakit jantung sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit dan tidak pernah operasi. Hasil pemeriksaan vital sign TD: 160/70 mmHg, N: 84 x/menit, suhu: 36,3<sup>0</sup> C, pernafasan 20 x/menit, kekuatan otot atas 5//5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (-), terkadang perdarahan sedikit sedikit pervagina. Keadaan umum: baik, kesadaran CM.

Pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 21 November 2017 : leukosit  $5.30 \times 10^3/uL$  (4.80-10.8), Eritrosit  $4.20 \times 10^6/\mu L$  (4.70-6.10), Hb 11,5 gr% (11.2-15.7), hematokrit 37.2 % (34-45), trombosit 200.000 /uL (150.000-450.000), GDS: 125 Mg/dl (70-140), kolesterol: 260 Mg/dl (< 200), Asam urat: 3.0 Mmol/L (3.4-7.0), SGOT: 9 u/L (<35), SGPT: 12 u/L (<41), Ureum: 25.4 mg/dl (19.3-49.2), Creatinin: 0.6 mg/dl (0.7-1.3), Ca 125: 51 U/mL (0-35), HBSAg: Non Reaktif, Hiv: Non Reaktif. Terapi yang diberikan Injeksi ketorolac 3x 30 mg, Injeksi Ranitidin 2 x 5 mg, Injeksi Ceftriaxone 3 x1 gr, kalnex 2 x 500 mg. obat oral yang diberikan frizedon 2 x 1 tablet, crestor 1 x 1 tablet, farsorbid 1 x 1 tablet. Infus RL 20 tetes/menit.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. H berdasarkan NANDA adalah 1). Nyeri Kronis (Domain 12 kelas 1 kode 00133), 2). Ansietas (Domain 9 kelas 2 kode 00146), 3). Defisiensi Pengetahuan (Domain 5 kelas 4 kode 00126).

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. H setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu kontrol nyeri : klien dapat mengontrol nyeri, tingkat kecemasan : ansietas klien dapat teratasi, dan pengetahuan manajemen penyakit kronis : defisiensi pengetahuan klien dapat teratasi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain yaitu manajemen nyeri untuk mengontrol nyeri , terapi relaksasi menggunakan teknik relaksasi otot progresif untuk mengatasi/menurunkan tingkat kecemasan, pendidikan kesehatan untuk mengatasi defisiensi pengetahuan.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi : skala nyeri 5, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua pre operasi : skala nyeri 5, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua klien dilakukan operasi.

#### 4. Kasus 4

Ny. N, usia 40 tahun dengan diagnosis *Cancer Cerviks* stadium 1B2, Keluhan utama nyeri perut bagian bawah.

Riwayat penyakit sekarang : klien datang pada awal bulan November 2017 klien memeriksakan kesehatan ke poli kandungan

RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda dengan keluhan nyeri perut bagian bawah, terkadang keluar darah sedikit sedikit pervagina dan keputihan sudah 4 bulan lalu, klien dilakukan pemeriksaan darah dan biopsi, di beri obat dan pulang disuruh kontrol 1 minggu kedepan sambil menunggu hasil biopsi. Pada tgl 22 november kemudian klien memeriksakan kesehatan kembali ke poli kandungan rumah sakit. Setelah pemeriksaan darah & biopsi hasilnya keluar klien dinyatakan *Cancer Cerviks*. Kemudian klien dianjurkan rawat inap dan dilakukan operasi segera. klien masuk ruang perawatan mawar dan dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi elektif histerektomi tanggal 24 November 2017. Pada tanggal 23-11-2017 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan, Ny. H mengatakan “nyeri perut bagian bawah, terkadang keluar darah sedikit-sedikit pervagina dan keputihan sudah 4 bulan yang lalu”, nyeri bertambah saat di tekan, skala nyeri 5 (sedang), nyeri terasa tertusuk, waktu munculnya nyeri terus menerus. Selain itu klien juga mengatakan “saya merasa cemas dalam menjalani operasi dan jika dioperasi bagaimana kondisi penyakit saya selanjutnya”, klien tampak gelisah dan khawatir dengan kondisinya, serta bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan tidak memiliki penyakit jantung, tidak pernah di rawat di rumah sakit dan tidak pernah operasi.

Hasil pemeriksaan vital sign TD: 130/80 mmHg, N: 80 x/menit, suhu: 36,1<sup>0</sup> C, pernafasan 18 x/menit, kekuatan otot atas 5//5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (-), terkadang perdarahan sedikit sedikit pervagina. Keadaan umum: baik, kesadaran CM.

Pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 22 November 2017 : leukosit  $6.24 \times 10^3/uL$  (4.80-10.8), Eritrosit  $4.27 \times 10^6/\mu L$  (4.70-6.10), Hb 12,1 gr% (11.2-15.7), hematokrit 37.5 % (34-45), trombosit 190.000 /uL (150.000-450.000), GDS: 106 Mg/dl (70-140), kolesterol: 186 Mg/dl (< 200), Asam urat: 3.3 Mmol/L (3.4-7.0), SGOT: 16 u/L (<35), SGPT: 20 u/L (<41), Ureum: 30.4 mg/dl (19.3-49.2), Creatinin: 0.8 mg/dl (0.7-1.3), Ca 125: 46 U/mL (0-35), HBSAg: Non Reaktif, Hiv: Non Reaktif. Terapi yang diberikan Injeksi ketorolac 3x 30 mg, Injeksi Ranitidin 2 x 5 mg, Injeksi Ceftriaxone 3 x1 gr, kalnex 2 x

500 mg. Infus RL 20 tetes/menit.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. N berdasarkan NANDA adalah 1). Nyeri Kronis (Domain 12 kelas 1 kode 00133), 2). Ansietas (Domain 9 kelas 2 kode 00146), 3). Defisiensi Pengetahuan (Domain 5 kelas 4 kode 00126).

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. N setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu kontrol nyeri : klien dapat mengontrol nyeri, tingkat kecemasan : ansietas klien dapat teratasi, dan pengetahuan manajemen penyakit kronis : defisiensi pengetahuan klien dapat teratasi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain yaitu manajemen nyeri untuk mengontrol nyeri , terapi relaksasi menggunakan teknik relaksasi otot progresif untuk mengatasi/menurunkan tingkat kecemasan, pendidikan kesehatan untuk mengatasi defisiensi pengetahuan.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi : skala nyeri 5, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua pre operasi : skala nyeri 5, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua klien dilakukan operasi.

#### 5. Kasus 5

Ny. R, usia 56 tahun dengan diagnosis *Cancer Cerviks* stadium 1A, keluhan utama nyeri perut bagian bawah.

Riwayat penyakit sekarang : klien datang pada bulan oktober 2017 klien memeriksakan kesehatan ke poli kandungan RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sudah 3 bulan lalu, klien dilakukan pemeriksaan darah dan biopsi, di beri obat dan pulang disuruh kontrol 1 minggu kedepan sambil menunggu hasil biopsi. 1 minggu kemudian klien memeriksakan kesehatan kembali ke poli kandungan rumah sakit. Setelah pemeriksaan darah & biopsi hasilnya keluar klien dinyatakan *Cancer Cerviks*. Tetapi klien menolak untuk di operasi karena belum siap dan ingin berunding terlebih dahulu dengan keluarga. selama di rumah keluhan klien bertambah nyeri dan tidak kunjung sembuh, karena keluarga dan klien merasa khawatir dengan kondisi penyakitnya, pada tanggal 24 november 2017 klien

berobat ke poli kandungan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sudah 4 bulan lalu. Berdasarkan hasil biopsi sebelumnya klien dianjurkan rawat inap dan dilakukan operasi segera. Klien masuk ruang perawatan mawar dan dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi elektif histerektomi tanggal 28 November 2017. Pada tanggal 27-11-2017 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan, Ny. R mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 4 bulan yang lalu”, nyeri bertambah saat di tekan, skala nyeri 6 (sedang), nyeri terasa tertimpa benda berat, waktu munculnya nyeri terus menerus. Selain itu klien juga mengatakan “saya merasa cemas dalam menjalani operasi dan bagaimana kondisi penyakit saya selanjutnya”, klien tampak gelisah dan muka tegang, serta bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi, tidak pernah di rawat di rumah sakit dan tidak pernah operasi.

Hasil pemeriksaan vital sign TD: 130/90 mmHg, N: 90 x/menit, suhu: 36,3<sup>o</sup> C, pernafasan 20 x/menit, kekuatan otot atas 5//5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (-), terkadang perdarahan sedikit sedikit pervagina. Keadaan umum: baik, kesadaran CM.

Pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 24 November 2017 : leukosit  $8.24 \times 10^3/uL$  (4.80-10.8), Eritrosit  $4.30 \times 10^6/\mu L$  (4.70-6.10), Hb 11,3 gr% (11.2-15.7), hematokrit 37.7 % (34-45), trombosit 198.000 /uL (150.000-450.000), GDS: 127 Mg/dl (70-140), kolesterol: 170 Mg/dl (< 200), Asam urat: 3.6 Mmol/L (3.4-7.0), SGOT: 18 u/L (<35), SGPT: 15 u/L (<41), Ureum: 20.4 mg/dl (19.3-49.2), Creatinin: 0.9 mg/dl (0.7-1.3), Ca 125: 43 U/mL (0-35), HBSAg: Non Reaktif, Hiv: Non Reaktif. Terapi yang diberikan Injeksi ketorolac 3x 30 mg, Injeksi Ceftriaxone 3 x1 gr, Infus RL 20 tetes/menit.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. R berdasarkan NANDA adalah 1). Nyeri Kronis (Domain 12 kelas 1 kode 00133), 2). Ansietas (Domain 9 kelas 2 kode 00146), 3). Defisiensi Pengetahuan (Domain 5 kelas 4 kode 00126).

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. R setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu kontrol nyeri : klien dapat

mengontrol nyeri, tingkat kecemasan : ansietas klien dapat teratasi, dan pengetahuan manajemen penyakit kronis : defisiensi pengetahuan klien dapat teratasi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain yaitu manajemen nyeri untuk mengontrol nyeri , terapi relaksasi menggunakan teknik relaksasi otot progresif untuk mengatasi/menurunkan tingkat kecemasan, pendidikan kesehatan untuk mengatasi defisiensi pengetahuan.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi : skala nyeri masih 6, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua pre operasi : skala nyeri 5, tingkat kecemasan klien teratasi, defisiensi pengetahuan teratasi. Pada hari kedua klien dilakukan operasi.

## **B. Aplikasi Model Keperawatan Pola Kesehatan Fungsional Gordon**

Penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien, fokus pada pola kesehatan fungsional Gordon yang mengalami perubahan / masalah kesehatan, sehingga analisa data tersebut dapat menunjang untuk menegakan suatu diagnosa keperawatan.

Aplikasi model keperawatan pola kesehatan fungsional Gordon akan diterapkan pada salah satu kasus kelolaan yang terpilih, yaitu kasus klien Ny. S usia 40 tahun dengan dengan diagnosis *Cancer Cerviks* stadium 1A. berdasarkan 11 pola kesehatan fungsional Gordon ada 4 pola kesehatan (pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan, pola istirahat dan tidur, pola persepsi-kognitif, pola toleransi terhadap stress-koping) yang diterapkan karena ke empat pola tersebut adalah analisa data yang menunjang untuk menegakan diagnosa keperawatan. pada proses asuhan keperawatan akan dimulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Tahap pertama dari proses keperawatan yaitu melakukan pengkajian berdasarkan pola kesehatan fungsional Gordon. Dalam kasus klien ny.S ada 4 pola kesehatan yang diterapkan yaitu (Pola persepsi kesehatan–manajemen kesehatan, pola istirahat dan tidur, pola persepsi-kognitif, pola toleransi terhadap stress-koping).

a. Pola persepsi kesehatan – manajemen kesehatan

Arti sehat bagi klien adalah klien mengatakan sehat sangat penting bagi tubuh kita. klien mengatakan mengetahui penyakit yang diderita yaitu kanker serviks tetapi tidak mengetahui secara pasti tentang kondisi penyakitnya. klien juga mengatakan “bagaimana kondisi penyakit saya, apakah bisa sembuh jika di operasi”, klien bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi. Prilaku untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga mengatakan jika klien rutin kontrol kesehatan ke puskesmas atau rumah sakit terdekat. Faktor - faktor resiko sehubungan dengan kesehatan klien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman yang berakohol, dan makan selalu menjaga pola makan.

b. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan susah tidur siang karena merasa cemas akan dilakukan tindakan operasi, sering terbangun tengah malam susah tidur kembali, tidur tidak nyenyak, lama tidur malam 4 jam.

c. Pola persepsi-kognitif

Klien mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu”, nyeri bertambah saat di tekan, skala nyeri 4 (sedang), nyeri terasa tertimpa benda berat, waktu munculnya nyeri terus menerus, klien terlihat meringis menahan nyeri.

d. Pola toleransi terhadap stress-koping

Klien mengatakan “saya merasa cemas/khawatir dalam menjalani operasi sampai kepikiran saya tidak bisa tidur siang klien terlihat gelisah dan khawatir dengan kondisinya.

2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan prioritas.

Ada 4 pola kesehatan fungsional Gordon yang di terapkan yaitu :

- a. Pola persepsi-kognitif adalah Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

- b. Pola toleransi terhadap stress-koping dan pola istirahat tidur adalah Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, stressor.
- c. Pola persepsi kesehatan – manajemen kesehatan adalah Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

### 3. Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Intervensi Keperawatan : Manajemen Nyeri yaitu Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : Lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien. Manajemen nyeri dengan teknik Relaksasi napas dalam. Berikan informasi kepada klien dan keluarga mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berat dan lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, suara bising dan pencahayaan). Berikan analgetik sesuai kolaborasi dengan tim medis : Injeksi Ketorolac 3 X 1 ampul.

- b. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, stressor.

Intervensi Keperawatan : Terapi Relaksasi yaitu Gambarkan rasionalisasi dan manfaat terapi relaksasi otot progresif. Tentukan apakah relaksasi dimasa lalu sudah memberikan manfaat. Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi dorong pengulangan teknik praktik - praktik tertentu secara berkala. Evaluasi dan dokumentasikan hasil respon terhadap terapi relaksasi.

- c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.  
Intervensi Keperawatan : Pendidikan kesehatan yaitu berikan pendidikan kesehatan tentang penyakit klien dan prosedur tindakan

yang akan dilakukan. Libatkan individu, keluarga dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan. Pertimbangkan dukungan keluarga terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Asuhan keperawatan pada klien Ny. S diberikan selama 3 hari (15 – 17 November 2017), diberikan implementasi keperawatan sesuai dengan diagnosis, antara lain :

##### a. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Implementasi yang telah dilakukan yaitu Manajemen nyeri : melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : Lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, mengajarkan teknik Relaksasi napas dalam, memberikan informasi kepada klien dan keluarga mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berat dan lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur, memberikan lingkungan yang nyaman ( tidak ada suara bising dan pencahayaan yang cukup), memberikan analgetik sesuai kolaborasi dengan tim medis : Injeksi Ketorolac 3 X 1 ampul.

##### b. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, stressor.

Implementasi yang telah dilakukan yaitu terapi relaksasi : menjelaskan tujuan/manfaat terapi relaksasi otot progresif, melakukan dan mengajarkan terapi relaksasi otot progresif sesuai SPO, mengatur klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup, meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi, menganjurkan klien untuk melakukan pengulangan teknik relaksasi otot progresif secara berkala, melakukan evaluasi dan dokumentasikan respon klien terhadap terapi relaksasi otot progresif.

- c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Implementasi yang telah dilakukan yaitu pendidikan kesehatan : memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit klien dan prosedur tindakan yang akan dilakukan, melibatkan individu, keluarga dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan, mempertimbangkan dukungan keluarga terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan dan sampai klien dilakukan operasi. Evaluasi ini diuraikan berdasarkan diagnosa berikut ini:

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari klien mampu beradaptasi terhadap nyeri ditunjukkan dengan pengurangan nyeri, skala nyeri 2, klien terlihat tenang dan rileks.

Analisa : nyeri ringan, lanjutkan intervensi keperawatan manajemen nyeri.

- b. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, stressor.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari klien sudah tidak ada kecemasan, berdasarkan alat ukur kecemasan HRSA nilai 8, klien terlihat tenang dan rileks, bisa tidur siang dan malam tidur nyenyak, jumlah jam tidur 8-9 jam dalam 24 jam .

Analisa : Ansietas teratasi, stop intervensi keperawatan.

- c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari pengetahuan klien bertambah tentang penyakit dan prosedur yang akan dilakukan, ditunjukkan klien mengerti tentang kondisi penyakitnya, klien terlihat lebih tenang dan jarang bertanya tentang penyakitnya. Analisa : defisiensi pengetahuan teratasi, stop intervensi keperawatan.

## BAB IV PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada 5 kasus kelolaan dalam karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan yang dikembangkan oleh Gordon yaitu pola kesehatan fungsional terbagi menjadi sebelas yaitu pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan, pola metabolik-nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan (olahraga), pola tidur & istirahat, pola persepsi-kognitif, pola konsep diri-persepsi diri, pola hubungan-peran, pola reproduksi-seksualitas, pola toleransi terhadap stress-koping, pola keyakinan-nilai (Daniels,2004). Berdasarkan 11 pola kesehatan fungsional Gordon ada 4 pola kesehatan (pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan, pola istirahat dan tidur, pola persepsi-kognitif, pola toleransi terhadap stress-koping) yang diterapkan karena ke empat pola tersebut adalah analisa data yang menunjang untuk menegakan diagnosa keperawatan.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada 5 klien kelolaan, seluruhnya memiliki permasalahan yang sama harus di rawat di ruang mawar ruang obstetri dan gynekologi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. masalah tersebut adalah yang mengalami masalah kecemasan pre operasi kanker serviks, sehingga membutuhkan perawatan dan penanganan kecemasan. Penanganan yang diberikan berupa teknik relaksasi otot progresif. Masing – masing klien kelolaan dalam karya ilmiah akhir ini memiliki kasus yang sama yaitu klien – klien pre operasi kanker serviks dengan tindakan histerektomi. Pada kelima kasus tersebut semuanya mengalami kecemasan pre operasi. Sebelum dilakukan operasi terdapat masalah kecemasan yang merupakan reaksi emosional pasien yang sering muncul. Hal ini sebagai respon antisipasi pasien terhadap suatu pengalaman yang dianggap sebagai suatu ancaman terhadap peran dalam kehidupan pasien, integritas tubuh dan bahkan kehidupannya (Brunner & Suddarth,2002). Berikut akan di uraikan pembahasan terkait kasus kelolaan di tinjau dari langkah-langkah dalam proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

## A. Pengkajian

Pada tahap ini akan dianalisis pengkajian dan pengukuran terhadap 4 pola kesehatan fungsional Gordon (pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan, pola istirahat dan tidur, pola persepsi-kognitif, pola toleransi terhadap stress-koping).

### 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. Pada pengkajian ke 5 kasus pasien kelolaan, didapatkan data rata-rata klien mengatakan mengetahui penyakit yang diderita yaitu kanker serviks tetapi tidak mengetahui secara pasti tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi.

Menurut asumsi penulis, hal ini dikarenakan kurangnya informasi tentang penyakit. Selain itu faktor pendidikan juga mempengaruhi pola pikir seseorang. Pada ke 5 kasus pasien kelolaan semuanya pendidikan SMP. dikarenakan orang yang mempunyai pendidikan tinggi mempunyai wawasan dan pergaulan yang luas sehingga akan lebih kreatif dalam mencari informasi dan mudah menerima atau memahami informasi yang baru, semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan.

Pendidikan menurut Notoatmodjo (2007) adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media masa, semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan.

### 2. Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan Pola Tidur, istirahat dan persepsi tentang energi, Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, mengeluh letih. Pada

pengkajian ke 5 kasus pasien kelolaan di dapatkan data 4 kasus (Ny.S, Ny.H, Ny.N, Ny.R) mengalami gangguan pola istirahat dan tidur yang disebabkan klien mengalami tingkat kecemasan pre operasi (sedang) dan tidak ada pengalaman operasi sebelumnya. Sedangkan 1 kasus lainnya pada (Ny. M) tidak mengalami gangguan pola istirahat dan tidur hal ini di karenakan pasien hanya sedikit mengalami kecemasan pre operasi ringan dan sudah pernah operasi sebelumnya.

Hal ini dikarenakan sistem saraf otonom yang mengendalikan berbagai otot dan kelenjar tubuh. Pada saat pikiran dijangkiti rasa takut, sistem saraf otonom menyebabkan tubuh bereaksi secara mendalam, jantung berdetak lebih keras, nadi dan nafas bergerak meningkat, biji, mata membesar, proses pencernaan dan yang berhubungan dengan usus berhenti, pembuluh darah mengerut, tekanan darah meningkat, kelenjar adrenal melepas adrenalin ke dalam darah. Akhirnya, darah di alirkan ke seluruh tubuh sehingga menjadi tegang dan selanjunya mengakibatkan tidak bisa tidur ( Stuart, 2007 ).

### 3. Pola persepsi-kognitif

Menjelaskan Persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, dan benda yang lain). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), penciuman dll.

Pada pengkajian ke 5 kasus pasien kelolaan di dapatkan data nyeri kronis yang terdiri 4 kasus (Ny.S, Ny.H, Ny.N, Ny.R) mengalami nyeri sedang (skala 4-6) dan 1 kasus lainnya (Ny. M) nyeri ringan (skala 3). Menurut asumsi penulis pada 4 kasus (Ny.S, Ny.H, Ny.N, Ny.R) mengalami nyeri sedang (skala 4-6) hal ini dikarenakan tidak ada pengalaman tentang nyeri masa lalu. Sedangkan pada kasus 1 lainnya

(Ny. M) nyeri ringan (skala 3) dikarenakan ada pengalaman nyeri pembedahan masa lalu sehingga lebih siap menghadapi rasa nyeri karena penyakit. Nyeri yang dialami oleh ke 5 kasus klien rata-rata diatas 3 bulan.

Nyeri kanker umumnya diakibatkan oleh infiltrasi sel tumor pada stuktur yang sensitif dengan nyeri seperti tulang, jarigan lunak, serabut saraf, organ dalam, dan pembuluh darah (WHO, 1998; Regan & Peng, 2000; Manthy et al., 2002; Carver & Foley, 2008).

#### 4. Pola toleransi terhadap stress-koping

Menggambarkan kemampuan untuk menanggapi stress dan penggunaan sistem pendukung, penggunaan obat untuk menanggapi stress, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress. Pada pengkajian ke 5 kasus pasien kelolaan di dapatkan data klien mengalami kecemasan pre operasi kanker serviks yang terdiri dari 4 kasus (Ny.S, Ny.H, Ny.N, Ny.R) mengalami kecemasan sedang dan 1 kasus lainnya (Ny. M) mengalami kecemasan ringan.

Menurut asumsi penulis 4 kasus (Ny.S, Ny.H, Ny.N, Ny.R) mengalami kecemasan sedang, hal ini dikarenakan tidak ada pengalaman sebelumnya menjalani operasi, sedangkan pada 1 kasus lainnya (Ny. M) mengalami kecemasan ringan karena ada pengalaman operasi sebelumnya sehingga pengalaman operasi merupakan hal yang terpenting dalam membentuk mekanisme koping adaptif, karena pengalaman operasi dapat memberikan pembelajaran seseorang yang akan berpengaruh terhadap perilaku kesehatannya, dalam hal ini seseorang yang pernah mengalami operasi sebelumnya dengan yang tidak pernah mengalami operasi akan berbeda tingkat kecemasan, dikarenakan pengalaman sangat penting dalam membentuk koping individu, sehingga dapat dikatakan orang yang pernah mengalami operasi mempunyai kecemasan yang ringan dibandingkan orang yang tidak pernah mengalami operasi.

Menurut Robby (2009) pengalaman masa lalu terhadap penyakit baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan menggunakan koping. Keberhasilan seseorang pada

masa lalu dapat membantu individu untuk mengembangkan keterampilan menggunakan koping, sebaliknya kegagalan atau reaksi emosional menyebabkan seseorang menggunakan koping yang maladaptif terhadap stressor tertentu.

## B. Diagnosa Keperawatan

Merumuskan diagnosa keperawatan dilakukan dengan mengidentifikasi masalah yang ada dalam pengkajian pola kesehatan fungsional Gordon. Ada 4 pola kesehatan fungsional Gordon yang di terapkan yaitu

- a. Pola persepsi-kognitif adalah Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Dari 5 kasus pasien kelolaan yang didapatkan data semuanya mengalami nyeri kronis. Menurut (Nanda 2015-2017) nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau di gambarkan sebagai suatu kerusakan. Awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari tiga(>3) bulan.

- b. Pola toleransi terhadap stress-koping dan pola istirahat tidur adalah Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, stressor.

Dari 5 kasus pasien kelolaan yang didapatkan data semuanya mengalami kecemasan pre operasi. Menurut Carpenito (2001) menyatakan 90 % pasien pre operasi berpotensi mengalami ansietas. Pembedahan elektif maupun kedaruratan adalah merupakan suatu peristiwa kompleks yang menegangkan, karena selain mengalami gangguan fisik akan dapat memunculkan masalah psikologis.

Reaksi emosional dari pasien, diantaranya adalah kecemasan akan selalu didahului dalam prosedur pembedahan. Kecemasan adalah suatu keadaan dimana pasien mengalami perasaan gelisah akibat ancaman atau penyebab yang tidak jelas dan dimanifestasikan dengan gejala fisiologis, emosional dan kognitif.

- c. Pola persepsi kesehatan – manajemen kesehatan adalah Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Dari 5 kasus pasien kelolaan yang didapatkan data semuanya mengalami defisiensi pengetahuan hal ini dikarenakan kurangnya informasi tentang penyakit.

### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang telah dilakukan berfokus pada pola toleransi terhadap stress-koping dan pola istirahat tidur, untuk mengatasi masalah kecemasan pasien pre operasi kanker serviks yaitu mengajarkan teknik relaksasi otot progresif. dari 5 kasus pasien kelolaan semuanya dilakukan / diajarkan teknik relaksasi otot progresif. Menurut Stuart dan Laraia (2005) ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik, dialami secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Respon individu bersifat unik dan membutuhkan pendekatan yang unik pula. Salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa sebagai manajemen ansietas adalah dengan *progressive muscle relaxation* yang merupakan bagian dari terapi relaksasi.

Salah satu tindakan untuk mengurangi tingkat kecemasan adalah dengan cara mempersiapkan mental dari pasien (Potter & Perry, 2005). Kini telah banyak dikembangkan terapi- terapi keperawatan untuk mengatasi kecemasan. Salah satunya yaitu dengan menggunakan metode terapi relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi otot progresif dibuktikan mampu membantu mengatasi gangguan kecemasan.

### D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan perawat memberikan perawatan langsung sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan masalah dan tujuan keperawatan (Aligod & Tomey, 2006). Implementasi keperawatan dalam mengatasi masalah kecemasan pre operasi yaitu penggunaan teknik relaksasi otot progresif. dari 5 pasien kasus kelolaan mendapatkan yang sama yaitu teknik relaksasi otot progresif.

Teknik relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan, atau sugesti (Herodes, 2010) dalam

(Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Terapi relaksasi otot progresif yaitu terapi dengan cara peregangan otot kemudian dilakukan relaksasi otot (Gemilang, 2013). Relaksasi progresif adalah cara yang efektif untuk relaksasi dan mengurangi kecemasan (Sustrani, Alam, & Hadibroto, 2004).

Pemberian teknik relaksasi otot progresif dilakukan pada pasien pre operasi kanker serviks. Sebelum & sesudah melakukan tindakan teknik relaksasi otot progresif, tingkat kecemasan klien di ukur terlebih dahulu menggunakan alat ukur kecemasan HRSA dengan melakukan wawancara langsung menggunakan panduan kuesioner. Dengan dilakukan pengukuran tingkat kecemasan, maka bisa diketahui hasil evaluasi tindakan teknik relaksasi otot progresif. dalam melakukan gerakan relaksasi ini secara bertahap dan tidak dalam sekali waktu. Bisa membagi 15 gerakan ini dalam 2 atau 3 sesi sesuai dengan kondisi dan kemampuan. Selain klien di ajarkan oleh perawat tentang teknik relaksasi otot progresif, Klien juga melakukan teknik relaksasi progresif sendiri saat kecemasan mulai muncul kembali, sehingga di dapatkan hasil evaluasi tindakan yang maksimal yaitu kecemasan klien berkurang atau teratasi.

Tujuan Terapi Relaksasi Otot Progresif Menurut Herodes (2010), Alim (2009), dan Potter (2005) dalam Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa tujuan dari teknik ini adalah: Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Setelah dilakukan implementasi keperawatan yang dilakukan untuk kelima klien kasus kelolaan adalah dengan menilai respon yang muncul dari klien. evaluasi nyeri kronis dari 5 kasus pasien kelolaan didapatkan data 2 kasus pasien kelolaan (Ny. S, Ny. M) nyeri ringan, klien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialami, skala nyeri berkurang, klien terlihat rileks dan tenang, sedangkan 3 kasus pasien (Ny.H, Ny.N, Ny.R) nyeri masih terjadi, klien terlihat meringis menahan nyeri. evaluasi Tingkat kecemasan dari 5 kasus pasien didapatkan data kecemasan pre operasi teratasi semua. berdasarkan alat ukur kecemasan HRSA nilai (8-13), 4 kasus pasien kelolaan ( Ny.S, Ny.M, Ny.N, Ny.R) terlihat tenang dan rileks sedangkan 1 kasus pasien (Ny. H) terlihat sedikit tegang, sering

menarik nafas panjang. dari 5 kasus pasien kelolaan bisa tidur siang dan tidur malam nyenyak. Evaluasi defisiensi pengetahuan dari 5 kasus pasien kelolaan didapatkan data defisiensi pengetahuan teratasi semua. pengetahuan klien bertambah tentang penyakit dan prosedur yang akan dilakukan, ditunjukan klien mengerti tentang kondisi penyakitnya, klien terlihat lebih tenang dan jarang bertanya tentang penyakitnya.



## BAB V PENUTUP

### A. Simpulan

Pemberian asuhan keperawatan pada lima klien kelolaan dengan masalah keperawatan kecemasan pre operasi berdasarkan model keperawatan Gordon secara umum dapat diterapkan dengan baik. Tahapan asuhan keperawatan menurut model Gordon yaitu pengkajian pola kesehatan fungsional terbagi menjadi sebelas yaitu (pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan, pola metabolik-nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan (olahraga), pola tidur & istirahat, pola persepsi-kognitif, pola konsep diri-persepsi diri, pola hubungan-peran, pola reproduksi-seksualitas, toleransi terhadap stress-koping, pola keyakinan-nilai). penentuan diagnosa keperawatan, penetapan tujuan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Analisa Data Hasil Pengkajian dengan Menggunakan Teori Gordon Teori Gordon tentang functional health pattern / pola fungsional kesehatan adalah pendekatan holistik yang bersifat sistematis untuk mengevaluasi segala bidang kebutuhan manusia, dan bidang-bidang tersebut saling bergantung satu sama lain. Pendekatan yang sistematis ini memungkinkan perawat untuk mampu memeriksa dan menilai lebih komprehensif mengenai tindakan dan respon pasien, pengidentifikasian masalah kesehatan pasien dan pengevaluasian dari hasil perawatan. Oleh karena itu, dalam melakukan pengkajian pada pasien kecemasan pre operasi *cancer cerviks* digunakan teori Gordon.

Selanjutnya dalam menentukan masalah keperawatan atau penegakan diagnosa keperawatan, digunakan diagnosis keperawatan NANDA 2015 – 2017 selanjutnya penetapan tujuan disusun untuk menentukan kriteria pencapaian masalah yang muncul, rencana keperawatan disusun dan dilaksanakan sebagai intervensi keperawatan untuk membantu klien memperoleh kenyamanan standar untuk mempertahankan homeostasis dan mengontrol rasa sakit. Tahap akhir adalah evaluasi keperawatan. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan melihat respon pencapaian yang diharapkan dari klien berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan.

Salah satu tindakan untuk mengurangi tingkat kecemasan adalah dengan cara mempersiapkan mental dari pasien. Kini telah banyak dikembangkan terapi- terapi keperawatan untuk mengatasi kecemasan. Salah satunya yaitu dengan menggunakan metode terapi relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi otot progresif dibuktikan mampu membantu mengatasi gangguan kecemasan dan sangat mudah diaplikasikan, sehingga perawat bisa menggunakannya sebagai salah satu standar prosedur operasional.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Pelayanan Keperawatan**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien, perawat memiliki peran penting sebagai pengelola klien selama 24 jam. Melalui pengembangan teori pola kesehatan fungsional yang telah diterapkan oleh penulis, diharapkan kecemasan pre operasi *cancer cerviks* klien dapat teratasi dan instansi pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang terbaik untuk masyarakat. Dalam menangani klien pre operasi *cancer cerviks* dengan masalah kecemasan dapat menerapkan terapi relaksasi, diantaranya dengan memberikan teknik relaksasi otot progresif agar kecemasan klien teratasi dan selain itu penilaian tingkat kecemasan dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui efektifitas terapi yang sudah diberikan.

### **2. Bagi Pendidikan Keperawatan**

Dalam menerapkan teori keperawatan yang sesuai dengan khusus atau peminatan yang akan di pilih mahasiswa akhir Ners, sebaiknya teori keperawatan yang akan diterapkan, dilakukan uji coba efektifitas penggunaan terlebih dahulu sebelum praktik keperawatan dilaksanakan. Dengan demikian, penerapan teori keperawatan tersebut akan lebih efektif dan sesuai dengan kasus – kasus yang ditemukan pada unit perawatan yang diminati oleh mahasiswa akhir Ners.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alim. 2009. "Langkah-Langkah Relaksasi Otot Progresif". EGC : Jakarta.
- Baradero, Mary, dkk (2009). *Keperawatan Perioperatif : prinsip dan praktik*, Jakarta : EGC, 2008.
- Hawari, D. (2008). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta : FKUI.
- Herodes, R. (2010). Anxiety and Depression in Patient.  
<http://www.academia.edu/bab-II-tinjauan-pustaka-kanker-serviks>, diunduh tanggal 15 November 2017 pukul 11.00 wita  
<http://www.psikologizone.com/Langkah-Langkah-Relaksasi-Otot-Progresif>, diakses tanggal 16 Nopember 2017 pukul 09.00 wita.  
<http://www.winugroho-emt-n.co.id/2008/08/model-konsep-tipologi-pola-kesehatan>.diunduh tanggal 15 November 2017 pukul 10.00 wita
- Nanda International. 2015. *Diagnosa Keperawatan. Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Penerbit EGC. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursing Interventions Classification (NIC)*. 2016. Edisi Keenam. CV Mocomedia. Yogyakarta.
- Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2016. Edisi Keenam. CV Mocomedia. Yogyakarta.
- Perry, Patricia A., & Potter, Anne Griffin. (2005). *Fundamental Keperawatan buku I edisi 7*. Jakarta : Salemba Medika.
- Setyoadi dan Kushariyadi. 2011. *Terapi Modalitas Keperawatan Pada Klien Psikogeriatrik*. Jakarta. Salemba Medika.
- Smeltzer C. Suzzane. 2002. *Buku Ajar Keperawatann Medikal Bedah*. EGC: Jakarta
- Stuart, W.G. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Penerbit EGC. Jakarta.

# LAMPIRAN



**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS  
STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA  
KASUS KELOLAAN UTAMA**

**A. Pengkajian Kasus**

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 15 November 2017 jam 15.00 WITA di ruang Mawar dan didapatkan data-data sebagai berikut :  
Identitas klien.

Pasien bernama Ny. S. umur 40 tahun, jenis kelamin perempuan, agama kristen protestan, pendidikan smp, pasien sebagai IRT, BB : 60 kg, status menikah, tgl MRS 15 November 2017 jam 09.00 WITA, No MR : 96.38.78, alamat rumah Jl. PA Urud RT. 1, nunukan, diagnosa medis *Cancer Cerviks Stadium 1A* diagnosa saat pengkajian *Cancer Cerviks Stadium 1A*.

**B. Riwayat Penyakit dan Kesehatan**

1. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit (tgl : 15 November 2017, Jam : 09.00 WITA).  
nyeri perut bagian bawah
2. Riwayat penyakit sekarang

Pada awal bulan juli 2017 klien berobat kerumah sakit tarakan melalui poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sudah 1 bulan yang lalu, keputihan dan terasa gatal daerah kemaluan. klien di beri obat, disuruh kontrol kembali 1 minggu kedepan. Setelah 1 minggu kemudian klien memeriksakan kesehatan kembali ke poli kandungan rumah sakit tarakan. setelah di lakukan pemeriksaan biopsi hasilnya keluar klien dinyatakan *Cancer Cerviks*. Kemudian klien dianjurkan di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda. Tetapi klien bertahan di rumah tidak segera berangkat Ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda. Pada tanggal 15-11-2017 klien baru memeriksakan kesehatan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda di poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu, keputihan dan terasa gatal daerah kemaluan. setelah di lakukan pemeriksaan dan berdasarkan surat

rujukan klien dinyatakan menderita kanker serviks dan dianjurkan untuk segera dioperasi. Kemudian klien masuk ruang perawatan mawar dan dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi elektif histerektomi tanggal 17 November 2017. Pada tanggal 15-11-2017 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan, Ny. S mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu”, nyeri bertambah saat di tekan, skala nyeri 4 (sedang), nyeri terasa tertimpa benda berat, waktu munculnya nyeri terus menerus, klien terlihat meringis menahan nyeri. Selain itu klien juga mengatakan “saya merasa cemas/khawatir dalam menjalani operasi sampai kepikiran saya tidak bisa tidur siang dan bagaimana kondisi penyakit saya, apakah bisa sembuh jika di operasi”, klien tampak gelisah dan khawatir dengan kondisinya, serta bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi.

3. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi dan sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit dan tidak pernah operasi.

4. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi dan diabetes mellitus.

**C. Pengkajian 11 Pola Kesehatan Fungsional Gordon**

1. Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan

arti sehat bagi klien adalah klien mengatakan sehat sangat penting bagi tubuh kita. klien mengatakan mengetahui penyakit yang diderita yaitu kanker serviks tetapi tidak mengetahui secara pasti tentang kondisi penyakitnya. klien juga mengatakan “bagaimana kondisi penyakit saya, apakah bisa sembuh jika di operasi”, klien bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi. Prilaku untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga mengatakan jika klien rutin kontrol kesehatan ke puskesmas atau rumah sakit terdekat. Faktor - faktor resiko sehubungan dengan kesehatan klien

mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman yang berakohol, dan makan selalu menjaga pola makan.

2. Pola metabolik nutrisi.

a. Sebelum sakit.

klien mengatakan bila di rumah makan 3x sehari dengan porsi cukup dengan nasi, lauk pauk, sayuran, buah kadang-kadang dan makan selalu habis dan minum air putih sekitar  $\pm 9$  gelas dalam sehari,  $\pm 1,5$  liter.

b. Selama sakit.

klien mengatakan selama di rumah sakit selera makan baik, makan 3x sehari dengan porsi cukup dengan nasi, lauk pauk, sayuran, buah kadang-kadang dan makan selalu habis dan minum air putih sekitar  $\pm 9$  gelas dalam sehari,  $\pm 1,5$  liter.

3. Pola eliminasi

a. Sebelum sakit

Klien mengatakan BAB 1 kali sehari dilakukan pada pagi hari dengan konsistensi lunak warna kuning, tidak ada masalah dalam BAB dan BAK  $\pm 6-8$  kali sehari dengan warna kuning bening bau yang khas (bau air kencing pesing).

b. Selama sakit

Klien mengatakan selama di rumah sakit BAB 1 kali sehari dilakukan pada pagi hari dengan konsistensi lunak warna kuning, tidak ada masalah dalam BAB dan BAK  $\pm 6-8$  kali sehari dengan warna kuning bening bau yang khas (bau air kencing pesing).

4. Pola aktivitas dan latihan (olahraga).

Klien mengatakan sebelum sakit kesehariannya melaksanakan aktivitas sebagai ibu rumah tangga. Klien setiap pagi melakukan aktivitas olah raga jalan pagi. Selama sakit klien melakukan aktivitas mandiri.

*Sebelum sakit*

Tabel 1.1 : Pola aktifitas sebelum sakit.

Aktifitas	0	1	2	3	4
Makan	√				
Mandi	√				
Berpakaian	√				
Eliminasi	√				
Mobilisasi ditempat tidur	√				
Berpindah	√				
Ambulasi	√				
Naik tangga	√				

*Sesudah sakit*

Tabel 1.2 : Pola aktifitas saat sakit.

Aktifitas	0	1	2	3	4
Makan	√				
Mandi	√				
Berpakaian	√				
Eliminasi	√				
Mobilisasi ditempat tidur	√				
Berpindah	√				
Ambulasi	√				
Naik tangga	√				

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Di bantu sebagian

2 : Di bantu orang lain

3 : Di bantu orang dan peralatan

4 : Ketergantungan/ tidak mandiri

5. Pola Istirahat dan Tidur

a. Sebelum sakit

Klien mengatakan biasanya tidur siang 13.00 s/d 14.00 dan tidur malam pukul 21.00 malam dan terbangun pukul 05.00 pagi dan tidur pulas. Jumlah jam tidur 8-9 jam dalam 24 jam.

b. Saat sakit

Klien mengatakan tidak bisa tidur siang karena merasa cemas akan dilakukan tindakan operasi, sering terbangun tengah malam susah tidur kembali, tidur tidak nyenyak, jumlah jam tidur 4 jam dalam 24 jam.

6. Pola Persepsi-Kognitif.

a. Sebelum sakit

Klien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik dan mengerti apa yang dibicarakan, berespon dan berorientasi dengan baik dengan orang-orang sekitar pasien. Klien mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu”.

b. Saat sakit.

Klien mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu”, nyeri bertambah saat di tekan, skala nyeri 4 (sedang), nyeri terasa tertimpa benda berat, waktu munculnya nyeri terus menerus, klien terlihat meringis menahan nyeri.

7. Pola Konsep diri-persepsi diri

a. Gambaran diri

Klien mengatakan senang dengan semua anggota tubuhnya.

b. Identitas diri.

Klien mengatakan sebelum sakit klien selalu bersyukur atas dirinya dan bangga pada diri.

c. Peran diri

Saat ini peran klien sebagai ibu rumah tangga terganggu dan perannya digantikan oleh anaknya yang pertama perempuan.

d. Ideal diri

Saat ditanya apakah klien ingin sembuh, klien menjawab ingin sembuh dari sakitnya saat ini.

e. Harga diri

klien mempunyai harga diri yang baik.

8. Pola hubungan-peran

a. Sebelum sakit

klien mengatakan hubungan dengan keluarga baik-baik saja dan tidak merasa dikucilkan dari keluarga serta masyarakat sekitar (tetangga).

b. Selama sakit

Klien mengatakan masih bisa berhubungan baik dengan keluarga dan masyarakat disekitar. Banyak teman dan kerabat yang menjenguk dan mendoakan agar cepat sembuh.

9. Pola reproduksi-seksualitas.

a. Sebelum sakit

Klien adalah seorang ibu yang memiliki 3 anak perempuan.

b. Saat sakit.

klien mengatakan selama sakit pasien tidak pernah melakukan hubungan suami istri dikarenakan sedang sakit jadi keinginan untuk melakukan hubungan suami istri tidak ada.

10. Pola toleransi terhadap stress-koping.

a. Sebelum sakit.

Klien mengatakan kalau ada masalah selalu terbuka dengan anggota keluarga jika ada masalah selalu diselesaikan bersama-sama.

b. Saat sakit

klien mengatakan "saya merasa cemas / khawatir dalam menjalani operasi sampai kepikiran saya tidak bisa tidur siang klien tampak gelisah dan khawatir dengan kondisinya.

11. Pola keyakinan-nilai

a. Sebelum sakit

Klien mengatakan beragama Kristen protestan dan rutin melaksanakan ibadah digereja dan berdoa.

b. Saat sakit.

Klien mengatakan tidak bisa kegereja dan hanya berdoa dirumah sakit untuk meminta kesembuhan dan kesehatan kepada tuhan.

#### D. Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*).

1. Kepala.

Bentuk masocephal, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, rambut hitam beruban, distribusi rambut merata.

2. Mata.

Mata kiri kanan simetris, pupil bereaksi terhadap cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak ada oedem pada kelopak mata.

3. Hidung.

Simetris kiri kanan, tidak ada secret/darah/sumbatan.

4. Mulut

Mukosa bibir lembab, rongga mulut lembab, lidah basah, tidak terdapat sariawan, terdapat beberapa gigi yang telah tanggal. Mulut dan gigi klien bersih.

5. Telinga.

Daun telinga lentur, bentuk dan posisi simetris, tidak ada menggunakan alat bantu dan telinga pasien tampak bersih.

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid.

7. Dada

Bentuk dada normal gerakan simetris, postur normal, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdapat lesi, tidak ada pembengkakan atau penonjolan, Ictus kordis tidak terlihat. Tidak teraba ictus cordis di ICS-

5. Suara sonor pada lapang paru. Suara napas vesikuler, RR : 20 x/ menit, bunyi jantung I dan II tunggal, tidak ada mur-mur, tidak ada gallop.

8. Abdomen

Tampak datar, tidak ada lesi. Bising usus 11x/ menit. Tidak terdapat distensi abdomen, tidak ada distensi kandung kemih, turgor < 2 detik. nyeri perut bagian bawah, nyeri bertambah saat di tekan.

9. Genetalia

keputihan dan terasa gatal daerah kemaluan.

10. Intergumen

Kulit lembab, teraba hangat, dan tidak ada luka.

## 11. Ekstremitas

Tidak ada oedem pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah,

kekuatan otot

5	5
5	5

## 12. Neurologi

Tingkat kesadaran : compos mentis, GCS 15 (  $E_4$ ,  $V_5$ ,  $M_6$  )

*Fungsi 12 saraf kranial :*

### a. Saraf Kranial I (Olfaktorius)

Lubang hidung tidak terdapat secret, pasien dapat membedakan 2 bau yang berbeda (minyak kayu putih dan jeruk) pada kedua lubang hidung.

### b. Saraf Kranial II (Optik)

Pasien mampu di ajak berhitung. mudah untuk berkonsentrasi dan memahami pertanyaan.

### c. Saraf Kranial III (Okulomotorius), IV(Troklearis), VI(Abduksi).

Reflek pupil +/+, reflek cahaya +/+, pasien mampu melihat jari tanpa menengok ke kanan dan ke kiri.

### d. Saraf Kranial V (Trigeminus)

Pasien dapat merasakan sentuhan dan kemampuan mengunyah dan menelan.

### e. Saraf Kranial VII (Fasialis)

Pasien dapat mengerutkan alis, mengangkat dahi, memejamkan mata, pasien dapat menunjukkan gigi dan menggembungkan pipi, pasien diam saja saat diajak bicara.

### f. Saraf Kranial VIII (Vestibulokoklearis)

Pasien dapat mendengarkan suara jari dengan baik pada kedua telinga.

### g. Saraf Kranial IX (Glosofaringeus), X (Vagus)

Pasien mampu menelan, ovula berada ditengah.

### h. Saraf Kranial XI Aksesorius)

Pasien dapat menoleh melawan tahanan. Tidak ada atrofi otot.

### i. Saraf Kranial XII (Hipoglossus)

Lidah simetris, pasien mampu mendorong pipi dengan lidah.

- j. Babinski Sign  
Positif

### E. Pemeriksaan penunjang

1. Tanggal 15 November 2017 : Pemeriksaan Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
1.	Leukosit	5.79	$10^3/\mu\text{L}$	4.80-10.8
2.	Eritrosit	3.27	$10^6/\mu\text{L}$	4.70-6.10
3.	Hemoglobin	12.5	g/ dl	14.0-18.0
4.	Hematokrit	34.1	%	37.0-54.0
5.	Trombosit	293	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
6.	Glukosa sewaktu	130	Mg/dl	60-140
7.	SGOT	9	u/L	(<35)
8.	SGPT	12	u/L	(<41)
9.	Cholesterol	200	Mg/dl	< 200
10.	Asam urat	3.0	Mmol/L	3.4-7.0
11.	Ureum	20.5	Mg/dl	(19.3 – 49.2)
12.	Creatinin	0.5	Mg/dl	(0.7 – 1.3)
13.	Ca 125	48	U/ml	0-35
	HBSag	Non Reaktif		
	HIV	Non Reaktif		

### F. Terapi Medis

Terapi injeksi obat-obatan : tanggal 15 november 2017

1. Infus RL 18 tetes/menit.
2. ketorolac 3x 30 mg
3. Ranitidin 2 x 5 mg
4. Ceftriaxone 3 x1 gr

### G. Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu”.</li> <li>- pencetus nyeri bertambah saat ditekan, terasa seperti tertimpa benda berat, skala nyeri 4 (sedang), waktu munculnya nyeri terus menerus.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien terlihat meringis menahan nyeri</li> </ul>	infiltrasi tumor	Nyeri kronis

2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan “saya merasa cemas/khawatir dalam menjalani operasi sampai kepikiran saya tidak bisa tidur siang.</li> <li>- sering terbangun tengah malam susah tidur kembali, tidur tidak nyenyak.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien terlihat gelisah dan khawatir dengan kondisinya.</li> <li>- jumlah jam tidur 4 jam dalam 24 jam.</li> </ul>	Perubahan status Kesehatan, stressor	Ansietas
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan mengetahui penyakit yang diderita yaitu kanker serviks tetapi tidak mengetahui secara pasti tentang kondisi penyakitnya.</li> <li>- klien juga mengatakan “bagaimana kondisi penyakit saya, apakah bisa sembuh jika di operasi”</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi.</li> </ul>	kurang informasi	Defisiensi pengetahuan

#### H. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
2. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, stressor.
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

## I. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
1.	<p><b>Nyeri Kronis ( 00133 )</b>            Domain 12            (Kenyamanan )            Kelas 1 ( Kenyamanan fisik )</p> <p><b>Definisi :</b>            Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang di gambarkan sebagai kerusakan (International association for the study of pain) ; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari tiga (&gt;3) bulan.</p> <p><b>Batasan Karakteristik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anoreksia</li> <li>▪ Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri pasien yang tidak dapat mengungkapkannya ( Mis., Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment checklist For Senior with Limited Ability to Communicate )</li> <li>▪ Ekspresi wajah nyeri ( mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau</li> </ul>	<p>➤ <b>Kontrol Nyeri ( 1605 )</b></p> <p><b>Definisi :</b>            Tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri.            Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6- 8 jam diharapkan klien dapat mengontrol nyeri dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengenali kapan nyeri terjadi. Dipertahankan pada skala 2, Ditingkatkan ke skala 4.</li> <li>• Menggunakan tindakan pencegahan. Dipertahankan pada skala 2, Ditingkatkan ke skala 4.</li> <li>• Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik. Dipertahankan pada skala 2 , Ditingkatkan ke skala 4.</li> <li>• Menggunakan analgesik yang direkomendasikan. Dipertahankan pada skala 2, Ditingkatkan ke skala 4.</li> <li>• Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada</li> </ul>	<p>❖ <b>Manajemen Nyeri ( 1400 )</b></p> <p><b>Definisi :</b>            Pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset / durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus.</li> <li>1.2) Monitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal.</li> <li>1.3) Pastikan pasien menerima perawatan analgesik yang tepat.</li> <li>1.4) Gunakan strategi komunikasi yang efektif untuk mengetahui respon penerimaan pasien terhadap nyeri.</li> <li>1.5) Evaluasi keefektifan penggunaan kontrol nyeri.</li> <li>1.6) Monitoring perubahan nyeri baik aktual maupun potensial.</li> <li>1.7) Sediakan lingkungan yang nyaman.</li> <li>1.8) Kurangi faktor-faktor yang dapat menambah ungkapan nyeri.</li> <li>1.9) Ajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung.</li> <li>1.10) Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memilih tindakan selain obat untuk meringankan nyeri.</li> </ol>

<p>tetap pada satu focus, meringis )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokus pada diri sendiri</li> <li>▪ Hambatan kemampuan meneruskan aktivitas sebelumnya</li> <li>▪ Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri ( mis., skala wong-baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numerik)</li> <li>▪ Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri ( mis., McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)</li> <li>▪ Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas ( mis., anggota keluarga, pemberi asuhan )</li> <li>▪ Perubahan pola tidur</li> </ul> <p><b>Faktor yang Berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agens pencedera</li> <li>▪ Cedera medula spinalis</li> <li>▪ Cedera otot</li> <li>▪ Cedera tabrakan</li> <li>▪ Distres emosi</li> <li>▪ Fraktur</li> <li>▪ Gangguan genetik</li> <li>▪ Gangguan imun (mis., neuropati karena HIV, virus varisela zoster)</li> <li>▪ Gangguan iskemik</li> <li>▪ Gangguan metabolic</li> <li>▪ Gangguan</li> </ul>	<p>professional kesehatan. Dipertahankan pada skala 2, Ditingkatkan ke skala 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaporkan nyeri yang terkontrol. Dipertahankan pada skala 2, Ditingkatkan ke skala 4.</li> </ul> <p>Keterangan skala indikator :</p> <p>1 = Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 = Jarang menunjukkan</p> <p>3 = Kadang-kadang menunjukkan</p> <p>4 = Sering menunjukkan</p> <p>5 = Secara konsisten menunjukkan</p>	<p>1.11)Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri.</p> <p>❖ <b>Manajemen Pengobatan (2380)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Fasilitasi penggunaan yang aman dan efektif resep dan obat bebas.</p> <p>1.12) Tentukan obat yang dibutuhkan pasien dan cara mengelola sesuai dengan anjuran/ dosis.</p> <p>1.13) Monitor efek terapeutik dari pengobatan.</p> <p>1.14) Monitor tanda dan gejala serta efek samping dari obat.</p> <p>1.15) Monitor interaksi obat.</p> <p>1.16) Ajarkan kepada pasien &amp; keluarga cara mengatasi efek samping pada pengobatan.</p> <p>1.17) Pengelolaan analgesic.</p> <p>1.18) Periksa perintah medis tentang obat, dosis &amp; frekuensi obat analgesic.</p> <p>1.19) Periksa riwayat alergi pasien.</p> <p>1.20) Pilih obat berdasarkan tipe dan beratnya nyeri.</p> <p>1.21) Pilih cara pemberian IV atau IM untuk pengobatan jika mungkin.</p> <p>1.22) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik.</p> <p>1.23) Berikan obat dengan prinsip 5 benar.</p>
--	---	--

	<p>muskuloskeletal kronis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gangguan pola tidur</li> <li>▪ Infiltrasi tumor</li> <li>▪ Isolasi social</li> <li>▪ Jender wanita</li> <li>▪ Keletihan</li> <li>▪ Kerusakan sistem syaraf</li> <li>▪ Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</li> <li>▪ Kompresi otot</li> <li>▪ Kontusio</li> <li>▪ Malnutrisi</li> <li>▪ Mengangkat beban berat berulang</li> <li>▪ Pasca-trauma karena gangguan (mis., infeksi, inflamasi)</li> <li>▪ Penggunaan computer lama (&gt;20 jam/minggu)</li> <li>▪ Peningkatan indeks massa tubuh</li> <li>▪ Peningkatan kadar kortisol lama</li> <li>▪ Pola seksualitass tidak efektif</li> <li>▪ Riwayat hutang terlalu banyak</li> <li>▪ Riwayat mutilasi genital</li> <li>▪ Rikwayat olahraga terlalu berat</li> <li>▪ Riwayat penganiayaan (mis., fisik, psikologis, seksual)</li> <li>▪ Riwayat penyalahgunaan zat</li> <li>▪ Riwayat postur tubuh statis dalam bekerja</li> <li>▪ Usia &gt; 50 tahun</li> <li>▪ Vibrasi seluruh tubuh</li> </ul>		<p>❖ <b>Pemberian Analgesik (2210 )</b></p> <p><b>Definisi :</b> Menggunakan agen farmakologik untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.24) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.</li> <li>1.25) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.</li> <li>1.26) Cek riwayat alergi.</li> <li>1.27) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu.</li> <li>1.28) Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>1.29) Tentukan analgesic pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal.</li> <li>1.30) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali.</li> <li>1.31) Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</li> </ol>
--	--	--	---

<p>2.</p>	<p><b>Ansietas (00146)</b>  <b>Batasan karakteristik:</b>  <b>Perilaku</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agitasi</li> <li>▪ Gelisah</li> <li>▪ Gerakan ekstra</li> <li>▪ Insomnia</li> <li>▪ Kontak mata yang buruk</li> <li>▪ Melihat sepintas</li> <li>▪ Mengekspresikan kekhawatiran karena dalam peristiwa hidup</li> <li>▪ Penurunan produktivitas</li> <li>▪ Perilaku mengintai</li> <li>▪ Tampak waspada</li> </ul> <p><b>Afektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berfokus pada diri sendiri</li> <li>▪ Distress</li> <li>▪ Gugup</li> <li>▪ Kesedihan yang mendalam</li> <li>▪ Ketakutan</li> <li>▪ Menggeremutkan gigi</li> <li>▪ Menyesal</li> <li>▪ Peka</li> <li>▪ Perasaan tidak adekuat</li> <li>▪ Putus asa</li> <li>▪ Ragu</li> <li>▪ Sangat khawatir</li> </ul> <p><b>fisiologis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemetar</li> <li>▪ Peningkatan keringat</li> <li>▪ Peningkatan ketegangan</li> <li>▪ Suara bergetar</li> <li>▪ Tremor</li> <li>▪ Tremor tangan</li> <li>▪ Wajah tegang</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p>	<p>➤ <b>tingkat kecemasan (1121)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 8 jam diharapkan masalah ansietas dapat teratasi, dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tidak dapat beristirahat. Dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 5.</li> <li>• rasa takut yang disampaikan secara lisan. Dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5.</li> <li>• rasa cemas yang disampaikan secara lisan. Dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5.</li> </ul> <p>Keterangan skala indikator:</p> <p>1 = Berat  2 = Cukup berat  3 = Sedang  4 = Ringan.  5 = Tidak ada</p>	<p>❖ <b>Pengurangan kecemasan (5820)</b></p> <p>2.1) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>2.2) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku klien</p> <p>2.3) Berikan informasi factual terkait diagnosis, perawatan dan prognosis</p> <p>2.4) Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>2.5) Dorong aktifitas yang tidak kompetitif secara tepat</p> <p>2.6) Dengarkan klien</p> <p>2.7) Puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat</p> <p>2.8) Identifikasi pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan</p> <p>2.9) Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan</p> <p>❖ <b>Terapi relaksasi (5360)</b></p> <p>2.10) Gambarkan rasionalisasi dan manfaat terapi relaksasi otot progresif</p> <p>2.11) Tentukan apakah relaksasi dimasa lalu sudah memberikan manfaat</p> <p>2.12) Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup</p> <p>2.13) Spesifikasi isi intervensi (misalnya, dengan meminta saran perubahan)</p>
-----------	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ancaman kematian</li> <li>▪ Ancaman pada status terkini</li> <li>▪ Hereditas</li> <li>▪ Hubungan interpersonal</li> <li>▪ Kebutuhan yang tidak terpenuhi</li> <li>▪ Konflik nilai</li> <li>▪ Konflik tentang tujuan hidup</li> <li>▪ Krisis maturasi</li> <li>▪ Krisis situasi</li> <li>▪ Paparan pada toksin</li> <li>▪ Penularan interpersonal</li> <li>▪ Penyalahgunaan zat</li> <li>▪ Perubahan besar (mis., status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, fungsi peran, status peran)</li> <li>▪ Riwayat keluarga tentang ansietas</li> <li>▪ stresor</li> </ul>		<p>2.14) Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi</p> <p>2.15) Dorong pengulangan teknik praktik-praktik tertentu secara berkala</p> <p>2.16) Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi otot progresif.</p>
3.	<p><b>Defisiensi pengetahuan (00126)</b>  <b>Batasan karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ketidakakuratan melakukan tes</li> <li>▪ Ketidakakuratan mengikuti perintah</li> <li>▪ Kurang pengetahuan</li> <li>▪ Perilaku tidak tepat (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gangguan fungsi kognitif</li> <li>▪ Gangguan memori</li> <li>▪ Kurang informasi</li> <li>▪ Kurang minat belajar</li> <li>▪ Kurang sumber pengetahuan</li> </ul>	<p>➤ <b>Pengetahuan: Manajemen Penyakit Kronis (1847)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 8 jam diharapkan masalah defisiensi pengetahuan dapat teratasi, dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perjalanan penyakit biasa. Dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan pada skala 4.</li> <li>• Tanda dan gejala penyakit kronis. Dipertahankan pada skala 2 Ditingkatkan ke</li> </ul>	<p>❖ <b>Pendidikan kesehatan (5510)</b></p> <p>3.1) Berikan pendidikan kesehatan tentang penyakit klien dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</p> <p>3.2) Aplikasikan strategi untuk meningkatkan harga diri audiens (yang menjadi) sasaran)</p> <p>3.3) Berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah besar</p> <p>3.4) Libatkan individu, keluarga dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Salah pengertian terhadap orang lain</li> </ul>	<p>skala 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tanda dan gejala komplikasi kronis. Dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4.</li> </ul> <p>Keterangan skala indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>= Tidak ada pengetahuan.</li> <li>= pengetahuan terbatas.</li> <li>= Pengetahuan Sedang.</li> <li>= Pengetahuan banyak.</li> <li>= Pengetahuan sangat banyak.</li> </ol>	<p>3.5) Pertimbangkan dukungan keluarga, teman sebaya, dan masyarakat terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan</p> <p>3.6) Gunakan berbagai strategi intervensi utama dalam program pendidikan</p> <p>3.7) Rencanakan tindak lanjut jangka panjang untuk memperkuat perilaku kesehatan atau adaptasi terhadap gaya hidup</p>
--	--	--

#### J. Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Dx Kep	Implementasi dan Evaluasi	Paraf
Rabu, 15/11/2017 Jam 14.30 wita	I	<p>1.1 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</p> <p>S :- Klien mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah 6 bulan yang lalu”.</p> <p>- pencetus nyeri bertambah saat ditekan, terasa seperti tertimpa benda berat, skala nyeri 4 (sedang), waktu munculnya nyeri terus menerus.</p> <p>O :- klien terlihat meringis menahan nyeri</p> <p>1.2 Memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang</p> <p>S :-</p> <p>O :- Suhu ruangan tidak panas, pencahayaan ruangan cukup dan tidak ada kebisingan.</p> <p>1.3 Memonitor tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nadi, respirasi.</p> <p>O :- TD: 120/80mmHg, N: 88x/menit, P: 18x/menit, S: 36,7 °c.</p> <p>1.4 Mengajarkan kepada klien teknik relaksasi napas dalam</p> <p>S :- saya merasa nyaman</p>	

		<p>O : - Klien terlihat kooperatif melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>1.5 Menganjurkan klien untuk meningkatkan istirahat</p> <p>S :</p> <p>O :- klien mengerti anjuran perawat</p> <p>1.6 Kolaborasi : memberikan obat analgesik injeksi Ketorolac 3 X 30 mg</p>	
Rabu, 15/11/2017 Jam 16.00 wita	II	<p>2.1 Mengkaji tingkat kecemasan klien menggunakan alat ukur HRSA</p> <p>S :- klien mengatakan “saya merasa cemas/khawatir dalam menjalani operasi sampai kepikiran saya tidak bisa tidur siang.</p> <p>O :- klien terlihat gelisah dan khawatir dengan kondisinya.</p> <p>2.2 menjelaskan tujuan/manfaat terapi relaksasi otot progresif</p> <p>S :-</p> <p>O :- Klien mengerti tujuan/manfaat terapi relaksasi otot progresif</p> <p>2.3 melakukan dan mengajarkan terapi relaksasi otot progresif sesuai SPO, mengatur klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup, meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi,</p> <p>S :- saya merasa nyaman setelah melakukan relaksasi otot progresif</p> <p>O :- klien kooperatif dan mengikuti instruksi perawat.</p> <p>- klien terlihat tenang dan rileks</p> <p>2.4 menganjurkan klien untuk melakukan pengulangan teknik relaksasi otot progresif secara berkala</p> <p>S :-</p> <p>O :- klien mengerti anjuran perawat</p> <p>2.5 Mengkaji tingkat kecemasan klien menggunakan alat ukur HRSA</p> <p>S :- klien mengatakan perasaan cemas saya berkurang tetapi belum bisa tidur.</p> <p>O :- klien sedikit gelisah dan mulai terlihat tenang.</p> <p>- Tingkat kecemasan klien ringan (nilai 15)</p>	
Rabu, 15/11/2017 Jam 16.00	III	<p>3.1 Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya</p> <p>S :- klien mengatakan mengetahui penyakit</p>	

wita		<p>yang diderita yaitu kanker serviks tetapi tidak mengetahui secara pasti tentang kondisi penyakitnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien juga mengatakan “bagaimana kondisi penyakit saya, apakah bisa sembuh jika di operasi”</li> </ul> <p>O :- klien bertanya tentang kondisi penyakitnya yang akan menjalani operasi.</p> <p>3.2 memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit klien dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</p> <p>S :- saya mulai mengerti tentang kondisi penyakit yang saya alami dan prosedur yang akan dilakukan</p> <p>O :- Klien mendengarkan dengan baik pendidikan kesehatan yang disampaikan oleh perawat dan kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat lebih tenang.</li> </ul>	
<p>Kamis, 16/11/2017 Jam 10.00 wita</p>	I	<p>1.1 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</p> <p>S :- Klien mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah mulai berkurang”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pencetus nyeri bertambah saat ditekan, terasa seperti tertimpa benda berat, skala nyeri 2 (sedang), waktu munculnya nyeri terus menerus.</li> </ul> <p>O :- klien terlihat tenang</p> <p>1.2 Memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang</p> <p>S :-</p> <p>O :- Suhu ruangan tidak panas, pencahayaan ruangan cukup dan tidak ada kebisingan.</p> <p>1.3 Memonitor tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nadi, respirasi.</p> <p>O :- TD: 120/80mmHg, N: 80x/menit, P: 20x/menit, S: 36,5 °c.</p> <p>1.4 Mengajarkan kepada klien teknik relaksasi napas dalam</p> <p>S :- saya merasa nyaman</p> <p>O :- Klien terlihat kooperatif melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>1.5 Menganjurkan klien untuk meningkatkan istirahat</p> <p>S :</p>	

		<p>O :- klien mengerti anjuran perawat</p> <p>1.6 Kolaborasi : memberikan obat analgesik injeksi Ketorolac 3 X 30 mg</p>	
<p>Kamis, 16/11/2017 Jam 08.00 wita</p>	II	<p>2.1 Mengkaji tingkat kecemasan klien menggunakan alat ukur HRSA S :- klien mengatakan perasaan cemas saya berkurang tetapi belum bisa tidur. - sering terbangun tengah malam susah tidur kembali, tidur tidak nyenyak. O :- klien terlihat tenang. - Tingkat kecemasan klien ringan (nilai 14) - jumlah jam tidur 4 jam dalam 24 jam.</p> <p>2.4 melakukan dan mengajarkan terapi relaksasi otot progresif sesuai SPO, mengatur klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup, meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi, S :- saya merasa nyaman setelah melakukan relaksasi otot progresif O :- klien kooperatif dan mengikuti instruksi perawat. - klien terlihat tenang dan rileks</p> <p>2.5 menganjurkan klien untuk melakukan pengulangan teknik relaksasi otot progresif secara berkala S :- O :- klien mengerti anjuran perawat</p> <p>2.6 Mengkaji tingkat kecemasan klien menggunakan alat ukur HRSA S :- klien mengatakan saya tidak cemas lagi dan mulai bisa istirahat. O :- klien terlihat tenang. - tidak ada kecemasan (nilai 8)</p>	
<p>Kamis, 16/11/2017 Jam 11.00 wita</p>	III	<p>3.1 Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya S :- saya sudah mengerti tentang kondisi penyakit yang saya alami dan prosedur yang akan dilakukan O :- Klien terlihat lebih tenang dan rileks dan jarang bertanya tentang penyakitnya.</p>	
<p>Jumat, 17/11/2017 Jam 07.30 wita</p>	I	<p>1.1 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif S :- Klien mengatakan masih “nyeri perut bagian bawah tetapi sudah mulai berkurang”. - pencetus nyeri bertambah saat</p>	

		<p>ditekan, terasa seperti tertimpa benda berat, skala nyeri 2 (sedang), waktu munculnya nyeri hilang timbul.</p> <p>O :- klien terlihat tenang</p> <p>1.2 Memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang</p> <p>S :-</p> <p>O :- Suhu ruangan ntidak panas, pencahayaan ruangan cukup dan tidak ada kebisingan.</p> <p>1.3 Memonitor tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nadi, respirasi.</p> <p>O :- TD: 120/80mmHg, N: 84x/menit, P: 20x/menit, S: 36,0 °c.</p> <p>1.4 Mengajarkan kepada klien teknik relaksasi napas dalam</p> <p>S :- saya merasa nyaman</p> <p>O :- Klien terlihat kooperatif melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>1.5 Kolaborasi : memberikan obat analgesik injeksi Ketorolac 3 X 30 mg.</p>	
<p>Jumat, 17/11/2017 Jam 07.30 wita</p>	II	<p>2.1 Mengkaji tingkat kecemasan klien menggunakan alat ukur HRSA</p> <p>S :- klien mengatakan saya tidak cemas lagi dan bisa istirahat.</p> <p>O :- klien terlihat tenang dan rileks.</p> <p>- tidak ada kecemasan (nilai 8)</p> <p>- bisa tidur siang dan malam tidur nyenyak.</p> <p>- jumlah jam tidur 8-9 jam dalam 24 jam</p>	

#### K. Evaluasi Keperawatan

Hari 1 :

No. DX	Tgl/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
I	<p>Rabu, 15/11/2017 Jam 21.00</p>	<p>S : Klien mengatakan masih “nyeri perut bagian bawah”. pencetus nyeri bertambah saat ditekan, terasa seperti tertimpa benda berat, skala nyeri 4 (sedang), waktu munculnya nyeri terus menerus.</p> <p>O : klien terlihat meringis menahan nyeri</p> <p>A : nyeri sedang</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1.1 sampai dengan 1.11</p>

II	Rabu, 15/11/2017 Jam 21.00	<p>S : klien mengatakan “perasaan cemas saya berkurang tetapi belum bisa tidur”.</p> <p>O : klien sedikit gelisah dan terlihat mulai tenang.</p> <p>Tingkat kecemasan klien ringan (nilai 15)</p> <p>A : Masalah ansietas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.10 sampai dengan 2.16</p>
III	Rabu, 15/11/2017 Jam 21.00	<p>S : klien mengatakan “saya mulai mengerti tentang kondisi penyakit yang saya alami dan prosedur yang akan dilakukan”.</p> <p>O : Klien mendengarkan dengan baik pendidikan kesehatan yang disampaikan oleh perawat dan kooperatif. Klien terlihat lebih tenang.</p> <p>A : Masalah defisiensi pengetahuan teratasi</p> <p>P : Pertahankan dan lanjutkan intervensi 3.1 sampai dengan 3.7</p>

**Hari 2 :**

No. DX	Tgl/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
I	kamis, 16/11/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan “nyeri perut bagian bawah sudah mulai berkurang”.</p> <p>pencetus nyeri bertambah saat ditekan, terasa seperti tertimpa benda berat, skala nyeri 2 (ringan), waktu munculnya nyeri terus menerus.</p> <p>O : klien terlihat tenang</p> <p>A : nyeri ringan</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1.1 sampai dengan 1.11</p>
II	kamis, 16/11/2017 Jam 14.00	<p>S : klien mengatakan “saya tidak cemas lagi dan mulai bisa istirahat”.</p> <p>O : klien terlihat tenang.</p> <p>tidak ada kecemasan (nilai 8)</p> <p>A : Masalah ansietas teratasi</p> <p>P : Pertahankan dan lanjutkan intervensi 2.10 sampai</p>

		dengan 2.16
III	kamis, 16/11/2017 Jam 14.00	<p>S : klien mengatakan “saya sudah mengerti tentang kondisi penyakit yang saya alami dan prosedur yang akan dilakukan”.</p> <p>O : Klien terlihat lebih tenang dan rileks dan jarang bertanya tentang penyakitnya.</p> <p>A : Masalah defisiensi pengetahuan teratasi</p> <p>P : Stop intervensi</p>

**Hari 3 :**

No. DX	Tgl/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
I	Jumat, 17/11/2017 Jam 08.00	<p>S : Klien mengatakan masih “nyeri perut bagian bawah tetapi sudah mulai berkurang”.</p> <p>          pencetus nyeri bertambah saat ditekan, terasa seperti tertimpa benda berat, skala nyeri 2 (ringan), waktu munculnya nyeri hilang timbul.</p> <p>O : klien terlihat tenang dan rileks</p> <p>A : nyeri ringan</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1.1 sampai dengan 1.11</p>
II	Jumat, 17/11/2017 Jam 08.00	<p>S : klien mengatakan “saya tidak cemas lagi dan bisa istirahat.</p> <p>O : klien terlihat tenang dan rileks.</p> <p>          tidak ada kecemasan (nilai 8)</p> <p>          bisa tidur siang dan malam tidur nyenyak.</p> <p>          jumlah jam tidur 8-9 jam dalam 24 jam</p> <p>A : Masalah ansietas teratasi</p> <p>P : Stop intervensi</p>

## STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

## TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF TERHADAP PENURUNAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRE OPERASI CA CERVIKS

<b>Pengertian</b>	<p>Adalah teknik relaksasi otot progresif merupakan suatu terapi relaksasi yang diberikan kepada klien dengan menegangkan otot-otot tertentu dan kemudian relaksasi.</p> <p>Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks</p>
<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan kecemasan dan ketegangan otot</li> <li>2. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress</li> <li>3. Membangun emosi positif dari emosi negatif.</li> </ol>
<b>Indikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang mengalami kecemasan</li> <li>2. Pasien yang sering mengalami stress.</li> </ol>
<b>Kontraindikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang mengalami keterbatasan gerak misalnya tidak bisa menggerakkan badannya</li> <li>2. Pasien yang menjalani perawatan tirah baring.</li> </ol>
<b>Hal-Hal yang perlu diperhatikan</b>	<p>Jangan terlalu menegangkan otot berlebihan karena dapat menciderai pasien</p> <p>Dibutuhkan waktu sekitar 20-50 detik untuk membuat otot-otot relaks.</p> <p>Menegangkan kelompok otot dua kali tegangan yaitu Melakukan pada bagian kanan tubuh dua kali, kemudian bagian kiri dua kali.</p> <p>Memeriksa apakah klien benar-benar relaks.</p> <p>Memberikan instruksi tidak terlalu cepat dan tidak terlalu lambat.</p> <p>Lakukan gerakan relaksasi ini secara bertahap dan tidak dalam sekali waktu. Bisa membagi 15 gerakan ini dalam 2 atau 3 sesi sesuai dengan kondisi dan kemampuan. Setiap kali mengalami stres atau cemas, terapi ini bisa dilakukan, hati-hati bagi yang memiliki tekanan darah di atas normal (<math>&gt; 120/80</math> mmHg). Terutama pada saat melakukan penegangkan pada area leher, karena dikhawatirkan akan terjadi vaso konstiksi pembuluh darah leher.</p>
<b>Persiapan Klien</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan salam, perkenalkan diri, identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien</li> <li>b. Jelaskan tentang tujuan, prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>c. Posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal dibawah kepala dan lutut atau duduk dikursi</li> </ol>

	<p>dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri</p> <p>d. Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam, dan sepatu</p> <p>e. Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat</p>
<b>Persiapan Alat dan Lingkungan</b>	<p>a. Bantal dan kursi</p> <p>b. lingkungan yang tenang dan sunyi.</p>
<b>Prosedur</b>	<p>a. Beritahu klien bahwa tindakan akan segera dimulai</p> <p>b. Periksa tanda vital klien sebelum melakukan teknik relaksasi otot progresif</p> <p>c. Posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal dibawah kepala dan lutut atau duduk dikursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri</p> <p>d. Gerakan 1: ditujukan untuk melatih otot tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan</li> <li>2. Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi</li> <li>3. Pada saat kepalan dilepaskan, klien dipandu untuk merasakan relaks selama 10 detik</li> <li>4. Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga klien dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami</li> <li>5. Prosedur serupa juga dilatihkan pada tangan kanan</li> </ol> <p>e. Gerakan 2: ditujukan untuk melatih otot tangan bagian belakang yaitu Tekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit.</p> <p>f. Gerakan 3: ditujukan untuk melatih otot biseps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan</li> <li>2. Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang</li> </ol> <p>g. Gerakan 4: ditujukan untuk melatih otot bahu supaya mengendur.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga</li> <li>2. Fokuskan atas, dan leher</li> </ol> <p>h. Gerakan 5 dan 6: ditujukan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti otot dahi, mata).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulitnya keriput</li> </ol>

	<p>2. Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata</p> <p>i. Gerakan 7: ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot rahang</p> <p>j. Gerakan 8: ditujukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut.</p> <p>k. Gerakan 9: ditujukan untuk merileksikan otot leher bagian depan maupun belakang.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan</li> <li>2. Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat</li> <li>3. Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas</li> </ol> <p>l. Gerakan 10: ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakan membawa kepala ke muka</li> <li>2. Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka</li> </ol> <p>m. Gerakan 11: ditujukan untuk melatih otot punggung.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angkat tubuh dari sandaran kursi</li> <li>2. Punggung dilengkungkan</li> <li>3. Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks</li> <li>4. Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas</li> </ol> <p>n. Gerakan 12: ditujukan untuk melemaskan otot dada.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya</li> <li>2. Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas</li> <li>3. Saat ketegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega</li> <li>4. Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks</li> </ol> <p>o. Gerakan 13: ditujukan untuk melatih otot perut.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tarik dengan kuat perut kedalam</li> <li>2. Tahan sampai menjadi kencang dan eras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas</li> <li>3. Ulangi kembali seperti gerakan awal perut ini</li> </ol>
--	---

	<p>p. Gerakan 14-15: ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang</li> <li>2. Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis</li> <li>3. Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas</li> <li>4. Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali</li> </ol> <p>q. Beritahukan kepada klien bahwa tindakan telah selesai.</p> <p>r. Bereskan peralatan</p> <p>s. Cuci tangan</p>
<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi hasil yang dicapai</li> <li>b. Kontrak pertemuan selanjutnya</li> <li>c. Mengakhiri pertemuan dengan baik</li> </ol>
<b>Dokumentasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tanggal, jam dilakukan tindakan</li> <li>b. Nama Tindakan</li> <li>c. Respon klien selama tindakan</li> <li>d. Nama dan paraf perawat</li> </ol>
<b>Sumber Rujukan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Alim. 2009. "Langkah-Langkah Relaksasi Otot Progresif".</li> <li>b. Herodes, R. (2010). Anxiety and Depression in Patient.</li> <li>c. <a href="http://www.psikologizone.com/Langkah-Langkah-Relaksasi-Otot-Progresif">http://www.psikologizone.com/Langkah-Langkah-Relaksasi-Otot-Progresif</a>, diunduh tanggal 16 Nopember 2017.</li> </ol>



**Lembar Observasi Check list Pelaksanaan  
Teknik Relaksasi Otot Progresif**

No.	Hari/Tanggal	Nama Pasien	Tindakan yang sudah dilakukan		Ket/TTD
			Jam	Teknik Relaksasi Otot Progresif	
1.	Rabu, 15-11-2017	Ny. S	16.00	Gerakan 1 s/d 7	
	Kamis, 16-11-2017	Ny. S	08.00	Gerakan 8 s/d 15	
2.	Kamis, 16-11-2017	Ny. M	10.00	Gerakan 1 s/d 7	
			11.00	Gerakan 8 s/d 15	
3.	Selasa, 21-11-2017	Ny. H	15.00	Gerakan 1 s/d 7	
			17.00	Gerakan 8 s/d 15	
4.	Kamis, 23-11-2017	Ny. N	16.00	Gerakan 1 s/d 7	
			17.00	Gerakan 8 s/d 15	
5.	Senin, 27-11-2017	Ny. R	15.30	Gerakan 1 s/d 7	
			17.00	Gerakan 8 s/d 15	



**Lembar Observasi Pengukuran Tingkat Kecemasan HRSA Pada Pasien Pre Operasi *Cancer Cerviks* Di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

No	Hari/Tanggal	Nama Px	Pre Tindakan		Post Tindakan		Ket TTD
			Jam	Tingkat Kecemasan (nilai HRS-A)	Jam	Tingkat Kecemasan (nilai HRS-A)	
1.	Rabu, 15/11/2017	Ny. S	16.00	Sedang (nilai 22)	20.00	Ringan (nilai 15)	
	Kamis, 16/11/2017	Ny. S	08.00	Ringan (nilai 14)	14.00	Tidak ada Kecemasan (nilai 8)	
	Jumat, 17/11/2017	Ny. S			07.30	Tidak ada Kecemasan (nilai 8)	
2.	Kamis, 16/11/2017	Ny. M	09.00	Ringan (nilai 16)	14.00	Tidak ada Kecemasan (nilai 8)	
3.	Selasa, 21/11/2017	Ny. H	15.00	Sedang (nilai 25)	19.00	Tidak ada kecemasan (nilai 13)	
4.	Kamis, 23/11/2017	Ny. N	16.00	Sedang (nilai 22)	19.00	Tidak ada Kecemasan (nilai 8)	
5.	Senin, 27/11/2017	Ny. R	15.30	Sedang (nilai 23)	17.00	Tidak ada Kecemasan (nilai 10)	

Ket :

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat dan berat sekali, menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A).

## LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Setelah mendapatkan penjelasan maksud tujuan tindakan keperawatan teknik relaksasi otot progresif, saya bersedia dilakukan tindakan keperawatan untuk kepentingan Karya ilmiah akhir Ners yang dilakukan oleh saudari Devi Susilawati, mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, dengan judul :

**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pre Operasi Cancer Cerviks Dengan Masalah Kecemasan Menggunakan Pendekatan Model Konsep Gordon Di Ruang Mawar Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.**

Saya memahami bahwa tindakan keperawatan teknik relaksasi otot progresif ini tidak bersifat negatif dan tidak merugikan bagi saya dan keluarga serta segala informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya. Saya berharap hasil tindakan keperawatan teknik relaksasi otot progresif ini akan menjadi bahan masukan bagi semua kalangan kesehatan, karena itu saya mengikuti instruksi yang di lakukan dan jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya. Demikian kesediaan ini saya buat, tanpa adanya pengaruh dari pihak manapun.

Samarinda, Desember 2017

Responden,



(.....)



## B. KUESIONER KECEMASAN KLIEN PRA OPERASI CA CERVIKS

Apakah saat ini saudara mengalami gejala-gejala berikut ?

- |  | SKORE                |
|--|----------------------|
| 1. Perasaan cemas, ditandai dengan :                                 |                      |
| <input type="checkbox"/> Cemas                                       | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Firasat buruk                               |                      |
| <input type="checkbox"/> Takut akan pikiran sendiri                  |                      |
| <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung                           |                      |
| 2. Ketegangan yang ditandai oleh :                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> Merasa tegang                               | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Lesu  |                      |
| <input type="checkbox"/> Tidak dapat istirahat dengan tenang/nyenyak |                      |
| <input type="checkbox"/> Mudah terkejut                              |                      |
| <input type="checkbox"/> Mudah menangis                              |                      |
| <input type="checkbox"/> Gemetar                                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Gelisah                                     |                      |
| 3. Ketakutan ditandai oleh :   |                      |
| <input type="checkbox"/> Ketakutan pada gelap                        | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ketakutan ditinggal sendiri                 |                      |
| <input type="checkbox"/> Ketakutan pada orang asing                  |                      |
| <input type="checkbox"/> Ketakutan pada binatang besar               |                      |
| <input type="checkbox"/> Ketakutan pada keramaian lalu lintas        |                      |
| <input type="checkbox"/> Ketakutan pada kerumunan orang banyak       |                      |
| 4. Gangguan tidur ditandai oleh :                                    |                      |
| <input type="checkbox"/> Sukar masuk tidur                           | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Terbangun malam hari                        |                      |
| <input type="checkbox"/> Tidak pulas/tidak nyenyak                   |                      |
| <input type="checkbox"/> Bangun dengan lesu                          |                      |
| <input type="checkbox"/> Banyak/sering Mimpi-mimpi                   |                      |
| <input type="checkbox"/> Mimpi buruk                                 |                      |
| <input type="checkbox"/> Mimpi yang menakutkan                       |                      |
| 5. Gangguan kecerdasan ditandai :                                    |                      |
| <input type="checkbox"/> Sukar konsentrasi                           | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Daya ingat menurun                          |                      |
| <input type="checkbox"/> Daya ingat buruk                            |                      |
| 6. Perasaan depresi (murung) ditandai oleh :                         |                      |
| <input type="checkbox"/> Kehilangan minat                            | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sedih                                       |                      |
| <input type="checkbox"/> Bangun dini hari                            |                      |
| <input type="checkbox"/> Kurangnya kesenangan pada hobi              |                      |
| <input type="checkbox"/> Perasaan berubah sepanjang hari             |                      |

7. Gejala somatik/fisik (pada otot) ditandai oleh :

- Sakit atau nyeri pada otot
- Kaku
- Kedutan otot
- Gigi gemeretak
- Suara tidak stabil

8. Gejala somatik/fisik (pada sensorik) ditandai oleh :

- Tinitus/telinga berdenging
- Penglihatan kabur
- Muka merah atau pucat
- Merasa lemah/lemas
- Perasaan ditusuk-tusuk

9. Gejala Kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) ditandai oleh :

- Takikardia (denyut jantung cepat)
- Berdebar-debar
- Nyeri didada
- Denyut nadi semakin kuat
- Rasa lemas seperti mau pingsan
- Detak jantung hilang sekejap

10. Gejala pernafasan ditandai oleh :

- Rasa tertekan atau sempit di dada
- Perasaan tercekik
- Merasa nafas pendek dan sesak
- Sering menarik nafas panjang

11. Gejala Gastrointestinal (pencernaan) ditandai oleh :

- Sulit menelan
- Mual
- Perut melilit
- Gangguan pencernaan
- Nyeri lambung sebelum atau sesudah makan
- Rasa panas seperti terbakar di perut
- Perut terasa kembung dan penuh
- Muntah
- Enek
- Buang air (BAB) besar lembek/encer
- Berat badan menurun
- Konstipasi/susah buang air besar (BAB)

12. Gejala Urogenital (perkemihan dan kelamin) ditandai oleh :

- Sering buang air kecil
- Tidak dapat menahan saat mau berkemih

13. Gejala autonom ditandai oleh :

- Mulut kering
- Muka merah
- Mudah berkeringat
- Pusing, sakit kepala
- Bulu roma berdiri
- Kepala terasa berat

14. Perilaku sewaktu wawancara, ditandai oleh :

- Gelisah
- Tidak tenang
- Jari gemetar
- Mengerutkan dahi atau kening
- Muka tegang
- Tonus otot meningkat/otot tegang
- Nafas pendek dan cepat
- Muka merah

Keterangan:

1. Teknik Pengisian Skore :

Kelompok gejala diberi penilaian angka (skore) antara 0-4, yang artinya adalah

- Skor 0 : tidak ada gejala sama sekali
- Skor 1 : 1 dari gejala yang ada
- Skor 2 : separuh dari gejala yang ada
- Skor 3 : lebih dari separuh gejala yang ada
- Skor 4 : Semua gejala ada

2. Penilaian hasil yaitu dengan menjumlahkan nilai skor seluruh item :

Masing-masing nilai angka (skore) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, dengan total nilai:

- Kurang dari 14 = tidak ada kecemasan
- 14 – 20 = kecemasan ringan
- 21 – 27 = kecemasan sedang
- 28 – 41 = kecemasan berat
- 42 – 56 = kecemasan berat sekali/panik