



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D DENGAN GANGGUAN
SISTEM REPRODUKSI “KANKER SERVIKS”
DI RUANG SERUNI RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
WAHYU FITRI ANDRIYANI
20701021**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.D DENGAN GANGGUAN
SISTEM REPRODUKSI “KANKER SERVIKS”
DI RUANG SERUNI RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
WAHYU FITRI ANDRIYANI
20701021**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA KELUARGA
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Wahyu Fitri Andriyani

Nim 201701021

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Kanker Serviks” di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 12 Februari 2020 sampai 14 Februari 2020 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan benar.

Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur *plagialisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Yang Membuat Pernyataan



Wahyu Fitri Andriyani

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Kanker Serviks” di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada ujian sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 8 Juni 2020

Pembimbing Makalah



(Ns. Edita Astuti Panjaitan, S. Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep.MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Kanker Serviks” di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Wahyu Fitri Andriyani (201701021) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan tim penguji pada tanggal 8 Juni 2020.

Bekasi, 8 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat)

Penguji II



(Ns. Edita Astuti Panjaitan, S. Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat)

Nama : Wahyu Fitri Andriyani
NIM : 201701021
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “Kanker Serviks” di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman :
Nama Pembimbing : Edita Panjaitan

ABSTRAK

Latar belakang:

Kanker serviks adalah pertumbuhan sel-sel abnormal pada serviks di mana sel-sel normal berubah menjadi sel kanker. Perubahan ini biasanya memakan waktu 10-15 tahun sampai kanker terjadi 80% dari wanita yang berisiko terinfeksi oleh HPV, hingga 50% dari mereka akan terinfeksi oleh HPV sepanjang masa hidupnya.

Tujuan umum:

Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa kanker serviks

Metode penulisan:

Penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta – fakta sesuai dengan data – data yang didapat.

Hasil:

Dari hasil pengkajian didapatkan 6 diagnosa yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri di bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (mis. Infeksi, iskemia, neoplasma), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan metabolisme, gangguan rasa nyaman : cemas berhubungan dengan gejala terkait penyakit, resiko ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan,

gangguan eliminasi : urine berhubungan dengan gangguan infiltrasi ginjal. Intervensi prioritas pada enam diagnosa tersebut adalah berikan posisi semi fowler, pertahankan jalan nafas yang paten, monitor aliran oksigen, monitor frekuensi pernafasan, monitor pola nafas abnormal, monitor (CRT), monitor suara nafas. Intervensi kedua yaitu: monitor TTV setiap shift, identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, identifikasi factor yang memperberat nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi Pethidine (extra) drip melalui injeksi. Intervensi ketiga yaitu: kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi, dekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (makan, ke toilet, dan vulva hygiene), libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien, motivasi pasien untuk mobilisasi bertahap. Intervensi keempat yaitu: komunikasi dengan pasien apa yang sedang dirasakannya sekarang, monitor nadi dan RR pasien, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya, libatkan keluarga dalam komunikasi dengan pasien, agar pasien dapat mengungkapkan perasaannya selama sakit. Intervensi kelima yaitu: kaji adanya alergi makanan, anjurkan pasien menghabiskan diit, observasi adanya mual dan muntah, timbang berat badan setiap hari. Intervensi keenam yaitu: monitor TTV setiap shift, mengkaji pitting edema, monitor balance cairan per shift, memonitor hasil Hb, Hematokrit, Ureum, Creatinin.

Kesimpulan dan saran:

Diagnosa prioritas sesuai dengan kebutuhan dasar yang paling utama yaitu kebutuhan fisiologis dan semua intervensi yang telah disusun terlaksana sehingga tujuan tercapai. Perawat diharapkan bekerja sama tim dengan agar memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.

Kata kunci :kanker serviks, asuhan keperawatan.

Daftar Pustaka: 6 referensi terdiri dari 3 buku dari tahun (2010 – 2020) dan 3 jurnal dari tahun 2010 – 2020.

Name : Wahyu Fitri Andriyani

NIM : 201701021

Study program : Nursing Diploma Program

Title of Scientific Papers : Nursing Care in Ny. D With "Cervical Cancer"

Reproductive System Disorders in Seruni Room,

Mitra Keluarga Hospital, West Bekasi

Page :

Name of Supervisor : Edita Panjaitan

ABSTRACT

Background:

Cervical cancer is the growth of abnormal cells in the cervix where normal cells turn into cancer cells. This change usually takes 10-15 years until cancer occurs 80% of women at risk of infection with HPV, up to 50% of them will be infected by HPV throughout their lifetime.

Main objective:

This case report is to obtain a real picture of the process of nursing care for patients with a diagnosis of cervical cancer.

Writing Method:

The preparation of this case report uses a descriptive method that is by disclosing facts in accordance with the data obtained.

Results:

From the results of the study found 6 diagnoses, namely ineffective breathing patterns associated with pain in the suprapubic / hypogastric quadrant abdomen, acute pain associated with physical injury agents (eg infection, ischemia, neoplasms), physical mobility barriers associated with metabolic disorders, discomfort disorders : anxiety associated with symptoms related to the disease, the risk of nutritional imbalance: lack of body needs related to lack of food intake, elimination disorders: urine is

associated with impaired kidney infiltration. Priority interventions in the six diagnoses are to provide a semi-fowler position, maintain a patent airway, monitor oxygen flow, monitor respiratory rate, monitor abnormal breathing patterns, monitor (CRT), monitor breath sounds. The second intervention is: monitor TTV each shift, identify characteristics, location, duration, frequency, quality and intensity of pain, teach deep breathing relaxation techniques, identify factors that aggravate pain, facilitate rest and sleep, give Pethidine therapy (extra) drip by injection . The third intervention is: assess the patient's ability to mobilize, bring the tools needed by the patient, help patients meet their daily needs (eating, going to the toilet, and vulva hygiene), involve the family in meeting the patient's needs, motivate the patient to mobilize gradually . The fourth intervention is: communication with the patient what he is feeling now, monitor the pulse and RR of the patient, assist the patient in meeting his needs, involve the family in communication with the patient, so that the patient can express his feelings during illness. The fifth intervention is: assess for food allergies, encourage patients to spend digits, observe nausea and vomiting, weigh weight every day. The sixth intervention is: monitor TTV every shift, review pitting edema, monitor fluid balance per shift, monitor Hb results, Hematocrit, Ureum, Creatinin.

Conclusions and recommendations:

Priority diagnosis is in accordance with the most basic basic needs namely physiological needs and all interventions that have been arranged are implemented so that the objectives are achieved. Nurses are expected to work in teams to provide optimal nursing care to patients.

Keywords : cervical cancer, nursing care.

Bibliography: 9 references consist of 6 books from year (2010 - 2020) and 3 journals from 2010 - 2020.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat Rahmat dan Karunianya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “*Ca Cervix*” di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan Makalah Ilmiah ini penulis menemukan banyak kesulitan, akan tetapi berkat adanya bantuan, bimbingan, dorongan dari berbagai pihak, makalah ini dapat diselesaikan dengan baik. Maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih, kepada:

1. Ibu Ns. Edita Astuti Panjaitan, S. Kep., M. Kep. selaku dosen pembimbing yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan dorongan, bimbingan, motivasi dan pengarahan yang bermanfaat dengan kesabaran membantu penulis dalam Menyusun penulisan ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Lina Herlina Pinem, S. Kep., M. Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ini, serta memberikan masukan dan dorongan kepada penulis.
3. Ibu Ns. Aprillia Veranita, S. Kep., M. Kep., selaku dosen pembimbing akademik yang telah meluangkan waktunya dan memberikan motivasi, serta dorongan yang memotivasi penulis dalam Menyusun penulisan ilmiah ini.
4. Ibu Dr. Susi Hartati, S.Kep., M. Kep., Sp.Kep.An. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
5. Ibu Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. M.B selaku Ka Prodi DIII Keperawatan yang telah memberikan motivasi kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh staf pengajar dan Pendidikan yang telah memberikan ilmu
7. Pengetahuan selama menjalani masa – masa pendidikan

8. Keluarga Ny. D yang telah bersedia memberikan informasi mengenai keluarganya dan sudah meluangkan waktunya untuk penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan asuhan keperawatan dengan baik.
9. Kedua orang tua saya dan keluarga saya tercinta yang selalu memberikan doa, semangat, dorongan serta motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga
10. Sepyani, Sifa, Irma dan Dela selaku teman dekat saya di kampus yang telah memberikan motivasi kepada penulis.
11. Teman – teman KTI Maternitas Febi, Feronika, Nisma, Ajeng, Aghis, dan Megha yang selalu memberikan bantuan dan semangat kepada penulis.
12. Teman – teman seperjuangan Angkatan ke – VII keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung penulis dalam doa dan perhatian.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Maka dalam kesempatan ini penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi sempurnanya perbaikan penulisan ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi semua pembaca lainnya.

Bekasi, 31 Mei 2020

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker serviks adalah pertumbuhan sel-sel abnormal pada serviks di mana sel-sel normal berubah menjadi sel kanker. Perubahan ini biasanya memakan waktu 10-15 tahun sampai kanker terjadi 80% dari wanita yang berisiko terinfeksi oleh HPV, hingga 50% dari mereka akan terinfeksi oleh HPV sepanjang masa hidupnya (Rahayu, 2015).

Penyebab kanker serviks diketahui adalah virus HPV (*Human Papiloma Virus*) sub tipe onkogenik, terutama sub tipe 16 dan 18. Adapun resiko terjadinya kanker serviks antara lain aktivitas seksual pada usia muda, berhubungan seksual dengan multipartner, merokok, mempunyai anak banyak, social ekonomi rendah, pemakaian pil KB (dengan HPV negative atau positif), penyakit menular seksual, dan gangguan imunitas (Depkes RI, 2018).

Data Globocan menyebutkan di tahun 2018 terdapat 18,1 juta kasus baru dengan angka kematian sebesar 9,6 juta kematian, dimana 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 6 perempuan di dunia mengalami kejadian kanker. Data tersebut juga menyatakan 1 dari 8 laki-laki dan 1 dari 11 perempuan, meninggal karena kanker. Angka kejadian penyakit kanker di Indonesia (136.2/100.000 penduduk) berada pada urutan 8 di Asia Tenggara, sedangkan di Asia urutan ke 23. Angka kejadian tertinggi di Indonesia untuk laki laki adalah kanker paru yaitu sebesar 19,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 10,9 per 100.000 penduduk, yang diikuti dengan kanker hati sebesar 12,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 7,6 per 100.000 penduduk. Sedangkan angka kejadian untuk perempuan yang tertinggi adalah kanker payudara yaitu sebesar 42,1 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 17 per 100.000 penduduk yang diikuti kanker leher rahim sebesar 23,4 per 100.000 penduduk

dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk (Kemenkes, Hari kanker sedunia, 2019).

Merujuk data yang dipaparkan Kemenkes per 31 Januari 2019, terdapat angka kanker payudara 42,1 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 17 per 100.000 penduduk dan kanker serviks sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk. Dari data prevalensi tumor atau kanker di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari 1.4 per 1000 penduduk di tahun 2013 menjadi 1,79 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Prevalensi kanker tertinggi adalah provinsi DI Yogyakarta 4,86 per 1000 penduduk, diikuti Sumatera Barat 2,47 per 1000 penduduk dan Gorontalo 2,44 per 1000 penduduk (Abadi, 2019). Provinsi D.I. Yogyakarta pada tahun 2013 memiliki prevalensi kanker serviks tertinggi yaitu sebesar 1,5%. Prevalensi penyakit kanker tertinggi berada pada kelompok umur 75 tahun ke atas, yaitu sebesar 5,0% dan prevalensi terendah pada anak kelompok umur 1-4 tahun dan 5-14 tahun sebesar 0,1%. Terlihat peningkatan prevalensi yang cukup tinggi pada kelompok umur 25-34 tahun, 35-44 tahun, dan 45-54 tahun (Depkes RI, 2018).

Dampak kanker yang dialami pada penderita adalah ansietas terutama terhadap respon pasangannya karena penderita merasa sudah tidak menarik lagi dan tidak diinginkan. Ansietas dan depresi seringkali dirasakan ketika berada pada tahap lanjut, menjalani pengobatan, menunggu hasil uji diagnostik, dan sebagainya, sedangkan pemicu stres biasanya berasal dari hilangnya kemandirian dan kontrol diri, keputusan, ketidakberdayaan, perubahan citra diri dan fungsi tubuh, menjelang kematian (Utami, 2017).

Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks adalah dengan upaya promotif yaitu dengan cara memberikan

pendidikan kesehatan tentang kesehatan organ reproduksi dan vaksin HPV (*Human Papiloma Virus*). Untuk peran perawat sebagai preventif (pencegahan) yaitu dengan cara melakukan pemeriksaan “Pap Smear”. Peran perawat sebagai kuratif (pengobatan) dengan cara memberikan obat anti nyeri kepada pasien. Dan upaya rehabilitatif yaitu adalah dengan cara selalu menjaga kebersihan organ reproduksi .

Berdasarkan uraian diatas dapat terlihat bahwa pentingnya peranan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan yang holistik dapat membantu proses penyembuhan pasien. Maka penulis tertarik untuk membuat makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “*Ca Cervix*” di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “*Ca Cervix*”.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “*Ca Cervix*”.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “*Ca Cervix*”.
- c. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “*Ca Cervix*”.
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi “*Ca Cervix*”.

- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien Ny. D Dengan “*Ca Cervix*”.
- f. Penulis mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus.
- g. Penulis mampu mengidentifikasi faktor- faktor pendukung, penghambat,serta mencari solusi/ alternatif pemecahan masalah.
- h. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi“*Ca Cervix* (Kanker Serviks)”.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi“*Ca Cervix*”di Ruang Seruni Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dari tanggal 12Februari 2020 sampai dengan 14Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu memaparkan atau menggambarkan pemberian asuhan keperawatan pada Ny. D Dengan Gangguan Sistem Reproduksi“*Ca Cervix* (Kanker Serviks)”melalui pendekatan proses keperawatan secara naratif. Untuk melengkapi makalah ini penulis merujuk berbagai sumber literasi dan teknik penulisan:

1. Studi kasus yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan secara langsung sehingga dapat memperoleh data yang akurat dari klien dan keluarga.
2. Studi dokumentasi yaitu dengan cara melihat catatan keperawatan dan catatan medis yang berhubungan dengan klien.
3. Studi kepustakaan yaitu dengan teknik mempelajari dan membaca data berdasarkan buku-buku yang berhubungan dengan kasus maupun media cetak dan media elektrotronik.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima BAB yang disusun secara sistematis, yaitu: **BAB I Pendahuluan**, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, rumusan masalah, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori, terdiri dari pengertian gangguan sistem reproduksi *Ca Cervix* (Kanker Serviks), patofisiologi atau proses penyakit *Ca Cervix* (Kanker Serviks), etiologi *Ca Cervix* (Kanker Serviks), , manifestasi klinis *Ca Cervix* (Kanker Serviks), komplikasi *Ca Cervix* (Kanker Serviks), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus, terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV Pembahasan, terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Kanker Serviks

Kanker serviks adalah suatu proses keganasan yang terjadi pada serviks, di mana dalam keadaan ini terdapat sekelompok sel yang abnormal sehingga jaringan tubuh tidak dapat melaksanakan fungsi sebagaimana mestinya (Bobak, 2005).

Kanker serviks adalah kanker leher rahim, terjadi di daerah organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke rahim dan terletak antara rahim (uterus) dan lubang vagina. Kanker serviks adalah pertumbuhan sel-sel abnormal pada serviks di mana sel-sel normal berubah menjadi sel kanker (Peckenpaugh, 2009).

Kanker serviks merupakan gangguan pertumbuhan seluler dan merupakan kelompok penyakit yang dimanifestasikan dengan gagalnya untuk mengontrol proliferasi dan maturasi sel pada jaringan serviks. Kanker serviks biasanya menyerang wanita berusia 35-55 tahun, 90% dari kanker serviks berasal dari sel kelenjar penghasil lendir pada saluran servikal yang menuju ke dalam rahim (Sarjadi, 2001 dalam (Aspiani, 2017).

B. Etiologi

Penyebab primer kanker serviks adalah infeksi virus papilloma pada manusia (HPV). 99.7 % kejadian kanker serviks disebabkan oleh HPV (Hoffman et al, 2012). Terdapat virus lain yang dapat menyebabkan kanker serviks, yaitu virus herpes simpleks tipe II (HSV II), sitomegalovirus humanus (HCMV), klamidia (Desen 2011). Jenis HPV yang sering menyebabkan kanker serviks adalah tipe 16 dan 18, HPV tipe 16 sering menyebabkan kanker serviks pada sel squamosa, sedangkan HPV jenis 18 sering menyebabkan kanker serviks adenokarsinoma (Hoffman et al, 2012).

Kanker serviks terjadi jika sel-sel serviks menjadi abnormal dan membelah secara tidak terkendali, jika sel-sel serviks terus membelah maka akan terbentuk suatu massa

jaringan yang disebut tumor yang bisa bersifat jinak atau ganas, jika tumor tersebut ganas maka keadaannya disebut kanker serviks.

Faktor resiko terjadinya kanker serviks (Rasjidi Imam, 2010 dalam (Aspiani, 2017)) adalah:

1. HPV (*Human Papiloma Virus*)

HPV adalah virus penyebab kutil genetalis (Kondiloma Akuminata) yang ditularkan melalui hubungan seksual. Varian yang sangat berbahaya adalah HPV tipe 16, 18.

2. Infeksi virus

Infeksi virus herpes simpleks (HSV-2) dan virus papiloma atau virus kondiloma akuminata diduga sebagai faktor penyebab kanker serviks.

3. Umur pertama kali melakukan hubungan seksual

Hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dini (<18 tahun). Semakin muda wanita melakukan hubungan seksual semakin besar mendapat kanker serviks. Kawin pada usia 20 tahun dianggap masih terlalu muda.

4. Berganti-ganti pasangan seksual

Suami atau pasangan seksualnya melakukan hubungan seksual pertama pada usia 18 tahun, berganti-ganti pasangan dan pernah menikah dengan wanita yang menderita kanker serviks.

5. Jumlah kehamilan dan partus

Kanker serviks terbanyak dijumpai pada wanita yang sering partus. Semakin sering partus semakin besar kemungkinan resiko mendapat karsinoma serviks.

6. Jumlah perkawinan

Wanita yang sering melakukan hubungan seksual dan berganti-ganti pasangan mempunyai faktor resiko yang besar terhadap kanker serviks ini.

7. Pemakaian DES (*Diethylstilbestrol*)

Pemakaian *Diethylstilbestrol* pada wanita hamil untuk mencegah keguguran dapat memicu terjadinya kanker serviks.

8. Pemakaian Pil KB

Kontrasepsi oral yang dipakai dalam jangka panjang yaitu lebih dari lima tahun dapat meningkatkan resiko relative 1,53 kali. WHO melaporkan resiko relative

pada pemakaian kontrasepsi oral sebesar 1,19 kali dan meningkat sesuai dengan lamanya pemakaian.

9. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Pemakaian AKDR akan berpengaruh terhadap serviks yaitu bermula dari adanya erosi di serviks yang kemudian menjadi infeksi yang berupa radang yang terus menerus, hal ini dapat sebagai pencetus terbentuknya kanker serviks.

10. Merokok

Pada wanita perokok konsentrasi nikotin pada getah serviks 56 kali lebih tinggi dibandingkan di dalam serum, efek langsung bahan tersebut pada serviks adalah menurunkan status imun local sehingga dapat menjadi kokarsinogen infeksi virus.

11. Sosial Ekonomi

Karsinoma serviks banyak dijumpai pada golongan sosial ekonomi rendah mungkin faktor social ekonomi erat kaitannya dengan gizi, imunitas dan kebersihan perseorangan. Pada golongan sosial ekonomi rendah umumnya kuantitas dan kualitas makanan kurang hal ini mempengaruhi imunitas tubuh.

12. Hygine dan sirkumsisi

Diduga adanya pengaruh mudah terjadinya kanker serviks pada wanita yang pasangannya belum disirkumsisi. Hal ini karena pada pria non sirkum hygine penis tidak terawat sehingga banyak kumpulan-kumpulan smegma.

C. Patofisiologi

Proses penyakit infeksi yang berjalan terus menerus menyebabkan displasia preinvasif berkembang menjadi keganasan. Proses tersebut memerlukan waktu lama hingga bertahun tahun. Kanker serviks menyebar dengan cara invasi lokal dan limfogenik. Penyebaran secara invasi lokal adalah invasi ke organ sekitarnya. Tumor dapat berinfiltrasi sepanjang ligamentum sakro-uterina, sepanjang parametrium, kandung kemih dan rektum. Penyebaran secara limfogenik adalah penyebaran limfogenik pada kelenjar getah bening di pelvik dan seterusnya dapat menyebar ke kelenjar getah bening paraaorta sampai kelenjar getah bening supraklavikula (Andrijono, 2013).

Dari beberapa faktor yang menyebabkan timbulnya kanker sehingga memunculkan gejala klinis, kemudian sel-sel yang mengalami mutasi dapat berkembang menjadi sel displasia. Apabila sel karsinoma telah mendesak pada jaringan saraf akan timbul keluhan nyeri. Pada stadium tertentu karsinoma dapat mengganggu kerja sistem urinaria menyebabkan *hidroureter* atau *hidronefrosis* yang menimbulkan masalah keperawatan resiko penyebaran infeksi.

Keputihan yang berlebihan dan berbau busuk biasanya menjadi keluhan juga, karena mengganggu pola seksual dan dapat diambil masalah keperawatan gangguan pola seksual. Gejala dari kanker serviks stadium lanjut diantaranya anemia *hipovolemik* yang menyebabkan kelemahan dan kelelahan sehingga timbul masalah keperawatan gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Proses pengobatan kanker leher rahim akan mengalami beberapa efek samping antara lain mual, muntah, sulit menelan, bagi saluran pencernaan terjadi diare gastritis, sulit membuka mulut, sariawan, penurunan nafsu makan (biasa terdapat pada terapi eksternal radiasi). Efek samping tersebut menimbulkan masalah keperawatan yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Sedangkan efek dari radiasi bagi kulit yaitu menyebabkan kulit merah dan kering sehingga akan timbul masalah keperawatan resiko tinggi kerusakan integritas kulit. Semua tadi akan berdampak buruk bagi tubuh yang menyebabkan kelemahan sehingga daya tahan tubuh berkurang dan resiko injuri pun akan muncul. Tidak sedikit pula pasien dengan diagnose positif kanker leher rahim ini merasa cemas akan penyakit yang dideritanya.

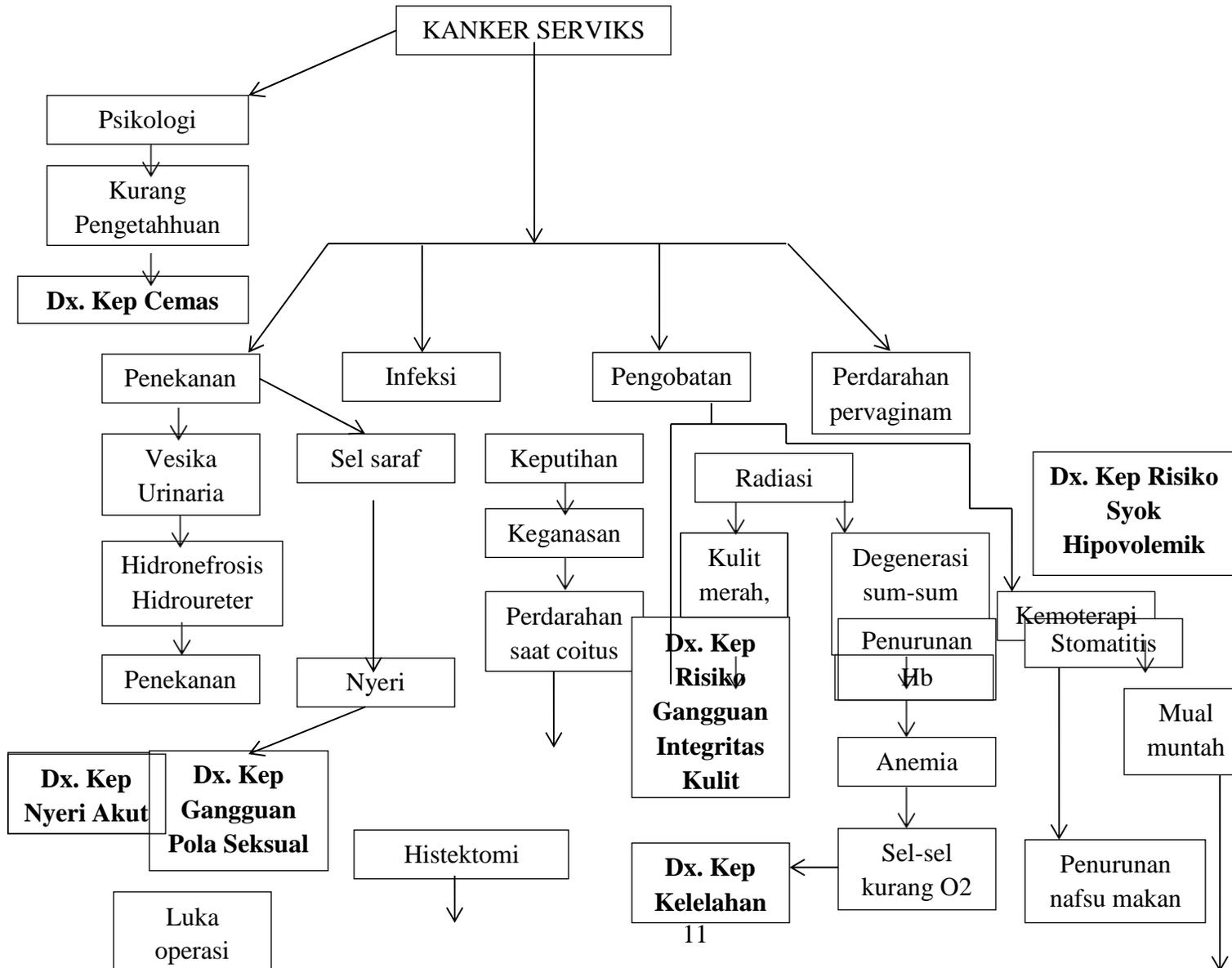
Kecemasan tersebut biasa dikarenakan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit, ancaman status kesehatan dan mitos dimasyarakat bahwa kanker tidak dapat diobati dan selalu dihubungkan dengan kematian (Price, 2005 dalam (Aspiani, 2017).

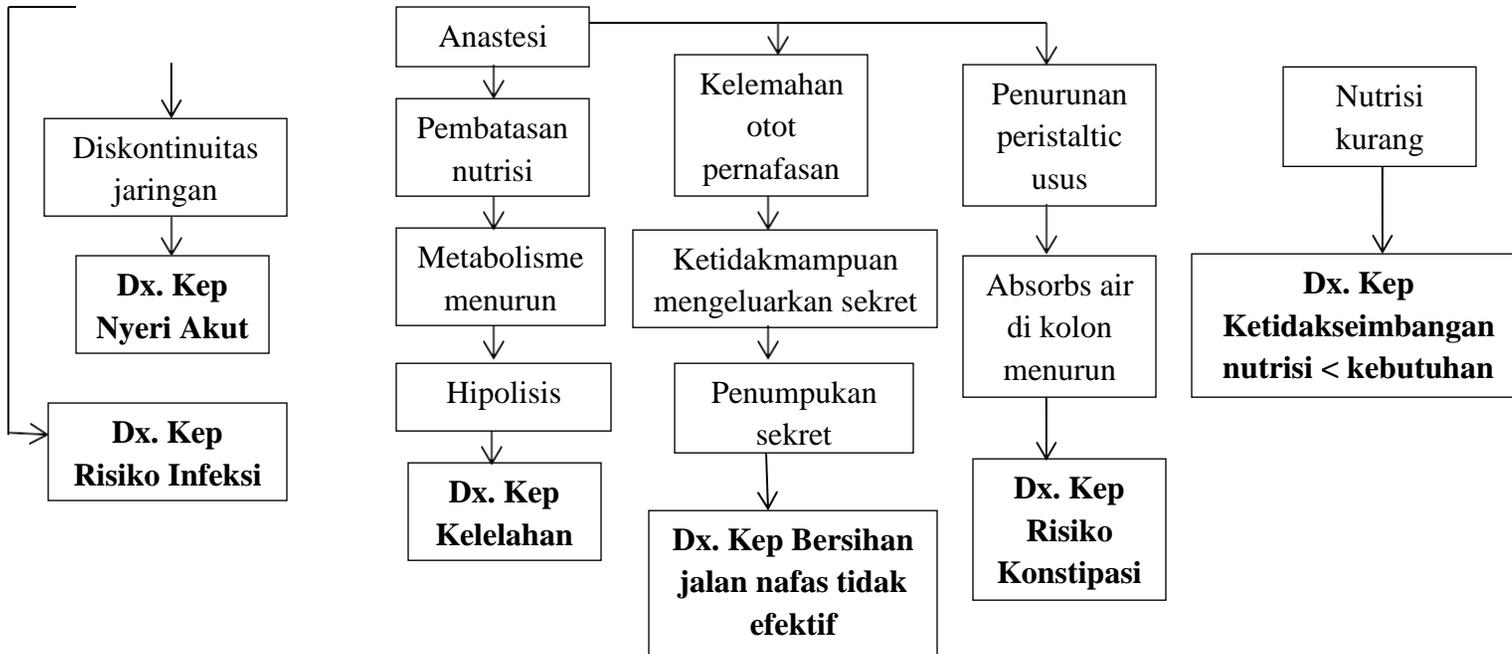
Faktor predisposisi Kanker Serviks:

1. Infeksi HPV (*Human Papiloma Virus*), herpes simpleks/HSV2, kondiloma akuminata.
2. Hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dini (<18 tahun).
3. Berganti-ganti pasangan seksual, perkawinan yang sering.
4. Pemakaian DES (*Diethylstilbestrol*), pemakaian Pil KB dan AKDR.

5. Merokok, Sosial Ekonomi, *Hygiene* dan sirkumsisi.

6.





D. Klasifikasi Pertumbuhan Sel Kanker Serviks

1. Mikroskopis

a. Displasia

Displasia ringan terjadi pada sepertiga bagian basal epidermis. Displasia berat terjadi pada dua pertiga epidermi hampir tidak dapat dibedakan dengan karsinoma insitu.

b. Stadium karsinoma insitu

Pada karsinoma insitu perubahan sel epitel terjadi pada seluruh lapisan epidermis menjadi karsinoma skuamosa. Karsinoma insitu yang tumbuh di daerah ekstoserviks, peralihan sel skuamosa kolumnar dan sel cadangan endoserviks.

c. Stadium karsinoma mikroinvasif

Pada karsinoma mikroinvasif, di samping perubahan derajat pertumbuhan sel meningkat juga sel tumor menembus membrana basalis dan invasi pada stoma sejauh tidak lebih 5 mm dari membrana basalis, biasanya tumor ini asimtomatik dan hanya ditemukan pada skrining kanker.

d. Stadium karsinoma invasive

Pada karsinoma invasive perubahan derajat pertumbuhan sel menonjol besar dan bentuk bervariasi. Pertumbuhan invasive muncul di area bibir posterior atau anterior serviks dan meluas ketiga jurusan yaitu jurusan forniks posterior atau interior, jurusan parametrium dan korpus uteri.

Bentuk kelainan dalam pertumbuhan karsinoma serviks:

- 1) Pertumbuhan eksofilik, berbentuk bunga kol, tumbuh ke arah vagina dan dapat mengisi setengah dari vagina tanpa infiltrasi ke dalam vagina, bentuk pertumbuhan ini mudah nekrosis dan perdarahan.

- 2) Pertumbuhan endofilik, biasanya lesi berbentuk ulkus dan tumbuh progresif maluas ke forniks, posterior dan anterior ke korpus uteri dan parametrium.
- 3) Pertumbuhan nodul, biasanya dijumpai pada endoserviks yang lambat laun lesi berubah bentuk menjadi ulkus.

2. Makroskopis

a. Stadium preklinis

Tidak dapat dibedakan dengan servicitis kronik biasa.

b. Stadium permulaan

Sering tampak sebagian lesi sekitar ostium externum.

c. Stadium setengah lanjut

Telah mengenal sebagian besar atau seluruh bibir portio.

d. Stadium lanjut

Terjadi pengrusakan dari jaringan serviks, sehingga tampaknya seperti ulkus dengan jaringan yang rapuh dan mudah berdarah.

E. Stadium Klinis

Klasifikasi internasional tentang karsinoma serviks uteri (Rasjidi, 2010 dalam (Aspiani, 2017)) adalah:

1. Tahap 0

Kanker insitu, kanker terbatas pada lapisan epitel, tidak terdapat bukti invasi.

2. Tahap I

Karsinoma yang benar-benar berada dalam serviks. Proses terbatas pada serviks walaupun ada perluasan ke korpus uteri

3. Tahap Ia

Karsinoma mikroinvasif, bila membrane basalis sudah rusak dan sel tumor sudah memasuki stroma lebih dari 1 mm, sel tumor tidak terdapat pada pembuluh limfa atau pembuluh darah.

4. Tahap Ib

Secara klinis sudah diduga adanya tumor yang histologik menunjukkan invasi serviks uteri.

5. Tahap II

Kanker vagina, lesi telah menyebar di luar serviks hingga mengenai vagina (bukan sepertiga bagian bawah) atau area para servikal pada salah satu sisi atau kedua sisi.

6. Tahap IIa

Penyebaran hanya perluasan vagina, parametrium masih bebas dari infiltrate tumor.

7. Tahap IIb

Penyebaran ke parametrium, unilateral atau bilateral tetap belum sampai pada dinding panggul.

8. Tahap III

Kanker mengenai sepertiga bagian bawah vagina atau telah meluas ke salah satu atau kedua dinding panggul. Penyakit nodus limfe yang teraba tidak merata pada dinding panggul. Urogram IV menunjukkan salah satu atau kedua ureter tersumbat oleh tumor.

9. Tahap IIIa

Penyebaran sampai pada sepertiga bagian distal vagina, sedang ke parametrium tidak dipersoalkan.

10. Tahap IIIb

Penyebaran sudah sampai pada dinding panggul, tidak ditemukan daerah bebas infiltrasi antara tumor dengan dinding panggul (*frozen pelvic*) atau proses pada tingkatan klinik I dan II, tetapi sudah ada gangguan faal ginjal.

11. Tahap IV

Proses keganasan telah keluar dari panggul kecil dan melibatkan mukosa rectum dan atau kandung kemih (dibuktikan secara histologik) atau telah terjadi metastasis keluar panggul atau ketempat-tempat yang jauh.

12. Tahap IVa

Proses sudah keluar dari panggul kecil, atau sudah menginfiltrasi mukosa rektum dan atau kandung kemih.

13. Tahap IVb

Telah terjad penyebaran jauh.

F. Tanda dan Gejala

1. Awal
 - a. Perdarahan atau bercak pada vagina yang tidak dapat dijelaskan, sifatnya bisa intermenstruasi atau perdarahan kontak, kadang-kadang perdarahan baru terjadi pada stadium selanjutnya. Pada jenis intra servikal perdarahan terjadi lambat. Biasanya menyerupai air, kadang-kadang timbulnya sebelum ada perdarahan.
 - b. Perdarahan pasca coitus.
 - c. Keluar rabas-rabas vagina : berair, purulen atau mukoid.
 - d. Pascakoitus, perdarahan pasca-douch.
 - e. Rabas vagina: berair, purulen atau mukoid.
2. Stadium lanjut
 - a. Pada stadium lebih lanjut perdarahan atau keputihan lebih banyak disertai sehingga cairan yang keluar berbau.
 - b. Nyeri pelvis, iritasi, vulvitas.
 - c. Gejala perkemihan, kebocoran urin atau feses dari vagina.
 - d. Anoreksia, penurunan berat badan.
3. Tanda dan gejala kanker serviks ((Aspiani, 2017)dalam Diananda Rama, 2009) adalah:
 - a. Keputihan yang makin lama makin berbau akibat infeksi dan nekrosis jaringan.
 - b. Perdarahan yang dialami segera setelah senggama (75%-80%).
 - c. Perdarahan yang terjadi di luar senggama.
 - d. Perdarahan psontan saat defekasi.
 - e. Perdarahan diantara haid.
 - f. Rasa berat di bawah dan rasa kering divagina.
 - g. Anemia akibat pendarahan ulang.
 - h. Rasa nyeri akibat infiltrasi sel tumor ke serabut saraf.

G. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan kanker serviks (Sulaiman, 2006 dalam (Aspiani, 2017)) adalah:

1. Sitologi, dengan cara tes PAP (PAP smear/papanicolaous)

Sitologi adalah cara skrining sel-sel serviks yang tampak sehat dan tanpa gejala untuk kemudian diseleksi. Kanker hanya dapat didiagnosa secara histologik.

Tes ini merupakan penapisan untuk mendeteksi infeksi HPV (*Human Papiloma Virus*) dan pra kanker serviks serta untuk mendeteksi perubahan neoplastik. Pulasan yang abnormal ditindak lanjuti dengan biopsy untuk mendapatkan jaringan yang digunakan untuk pemeriksaan sitologis. Keuntungan, murah dapat memeriksa bagian-bagian yang tidak terlihat. Kelemahan, tidak dapat menentukan dengan tepat lokalisasi.

2. Kolposkopi

Kolposkopi adalah suatu prosedur pemeriksaan vagina dan permukaan leher rahim untuk menentukan penyebab abnormalitas dari sel-sel leher rahim. Cara pemeriksaan kolposkopi dengan memasukkan suatu cairan ke dalam vagina dan memberi warna saluran leher rahim dengan suatu cairan yang membuat permukaan leher rahim yang mengandung sel abnormal terwarnai. Kemudian melihat ke dalam saluran leher rahim melalui sebuah alat yang disebut kolposkop.

Kolposkopi adalah pemeriksaan dengan menggunakan kolposkopi, suatu alat yang dapat disamakan dengan sebuah mikroskop bertenaga rendah dengan sumber cahaya di dalamnya (pembesaran 6-40 kali). sKolposkopi menilai perubahan pola epitel dan vascular serviks yang mencerminkan perubahan biokimia dan perubahan metabolic yang terjadi di jaringan serviks.

Keuntungan: Dapat melihat jelas daerah yang bersangkutan sehingga mudah untuk melakukan biopsy.

Kelemahan: Hanya dapat memeriksa daerah yang terlihat saja yaitu porsio, sedang kelainan pada skuamosa columnar junction dan intra servikal tidak terlihat.

3. Biopsi

Tusuk pada daerah yang terpisah atau biopsy kerucut (pengambilan bagian jaringan dengan bentuk kerucut dari serviks yang hampir semuanya termasuk dalam daerah perpindahan) seluruh persambungan skuamokolunar.

Cone biopsy, yaitu dengan cara mengambil sedikit dari sel-sel leher rahim, termasuk sel yang mengalami perubahan. Tindakan ini memungkinkan pemeriksaan yang lebih teliti untuk memastikan adanya sel-sel yang mengalami perubahan. Pemeriksaan ini dapat dilakukan oleh ahli kandungan.

4. Schillentest

Epitel karsinoma serviks tidak mengandung glycogen karena tidak mengikat yodium. Kalau porsio diberi yodium maka epitel karsinoma yang normal akan berwarna coklat tua, sedang yang terkena karsinoma tidak berwarna.

5. Konisasi

Dengan cara mengangkat jaringan yang berisi selaput lendir serviks dan epitel gepeng dan kelenjarnya. Konisasi dilakukan bila hasil sitologi meragukan dan pada serviks tidak tampak kelainan-kelainan yang jelas.

H. Penatalaksanaan

1. Irradiasi

- a. Dapat dipakai untuk stadium.
- b. Dapat dipakai untuk wanita tua dan pada resiko medis.
- c. Tidak menyebabkan kematian seperti operasi.

Dosis penyinaran ditujukan pada jaringan karsinoma yang terletak di serviks.

Komplikasi irradiasi:

- 1) Kerentanan kandung kemih.
- 2) Diarrhea.
- 3) Perdarahan rectal.

4) Fistula vesico atau rectovaginalis.

2. Operasi

- a. Operasi Wertheim dan limfatektomi untuk stadium I dan II.
- b. Operasi Schauta, histerektomi vagina yang radikal.

3. Kombinasi

- a. Irradiasi dan pembedahan

Tidak dilakukan sebagai hal yang rutin, sebab radiasi menyebabkan bertambahnya vaskularisasi, odema. Sehingga tindakan operasi berikutnya dapat mengalami kesukaran dan sering menyebabkan fistula, di samping itu juga menambah penyebaran ke system limfe dan peredaran darah.

- b. Cytostatika

Bleomycin, terapi terhadap karsinoma serviks yang radio resisten 5% dari karsinoma serviks adalah resisten terhadap radioterapi, dianggap resisten bila 8-10 minggu post terapi keadaan masih tetap sama.

I. Prognosis

Prognosis setelah pengobatan kanker serviks akan makin baik jika lesi ditemukan dan diobati lebih dini. Karsinoma serviks yang tidak diobati atau tidak memberikan respons terhadap pengobatan, 95% akan mengalami kematian dalam 2 tahun setelah timbul gejala. Pasien yang menjalani histerektomi dan memiliki resiko tinggi terjadinya rekurensi harus terus diawasi karena lewat deteksi dini dapat diobati dengan radioterapi.

Setelah histerektomi radikal, terjadi 80% rekurensi dalam 2 tahun. Tingkat harapan kesembuhan dapat mencapai 85% untuk stadium I, 50-60% untuk stadium II, 30% untuk stadium III dan 5-10% untuk stadium IV.

J. Pencegahan

Jika pernah melakukan hubungan seksual anda harus melakukan *Pap smear test* secara teratur setiap dua tahun dan ini dilakukan sampai anda berusia 70 tahun. Pada beberapa kasus mungkin dokter menyarankan untuk melakukan *Pap smear test* lebih sering.

Hasil *Pap smear test* dikatakan abnormal jika sel-sel yang berasal dari leher rahim anda ketika diperiksa di bawah mikroskop akan memberikan penampakan yang berbeda dengan sel normal. Kejadian ini biasanya terjadi 1 dari 10 pemeriksaan *Pap smear test*. Beberapa faktor yang dapat memberikan indikasi diketemukannya penampakan *Pap smear test* yang abnormal adalah:

1. *Unsatisfactory "Pap Smear"*

Pada kasus ini berarti pegawai di lab tersebut tidak bisa melihat sel-sel leher rahim dengan detail sehingga gagal untuk membuat suatu laporan yang komprehensif kepada dokter.

2. Jika ada infeksi atau inflamasi

Terkadang pada pemeriksaan *Pap smear* memberikan penampakan terjadinya inflamasi. Ini berarti bahwa sel-sel di dalam leher rahim mengalami suatu iritasi yang ringan sifatnya. Memang terkadang inflamasi dapat kita deteksi melalui pemeriksaan *Pap smear*, meskipun tidak dirasakan gejala klinis yang ditimbulkan. Sebabnya bermacam-macam. Mungkin telah terjadi infeksi yang dikarenakan oleh bakteri atau karena jamur. Konsultasikan dengan dokter segera mengenai masalah ini beserta pengobatannya jika diperlukan.

3. *Atypia* atau *Minor Atypia*

Jika pada pemeriksaan *Pap smear* terdeteksi perubahan-perubahan sel-sel rahim, tetapi sangat minor dan penyebabnya tidak jelas. Pada kasus ini biasanya hasilnya dilaporkan sebagai *atypia*. Biasanya terjadi perubahan penampakan sel-sel tersebut dikarenakan adanya peradangan tetapi tidak jarang pula karena infeksi virus. Karena untuk membuat suatu diagnosa yang definitif tidak memungkinkan pada tahap ini, dokter mungkin akan merekomendasikan untuk

menjalani pemeriksaan lagi dalam waktu enam bulan. Pada umumnya, sel-sel tersebut akan kembali menjadi normal lagi. Jadi, sangat penting untuk melakukan *Pap smear test* lagi untuk memastikan bahwa kelainan-kelainan yang tampak pada pemeriksaan pertama tersebut adalah gangguan yang tidak serius. Jika hasil pemeriksaan sama maka mungkin disarankan untuk menjalani kolposkopi.

K. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada pasien kanker serviks menurut (Aspiani, 2017):

a. Identitas

1) Identitas klien

Identitas yang perlu dikaji pada klien dengan kanker serviks adalah nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, diagnose medis, status mental dan alamat. Kista ovarium biasanya terjadi pada usia reproduktif, paling sering ditemukan pada usia 35 tahun ke atas.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab yang perlu dikaji adalah nama, umur, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, alamat.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan klien dengan kanker serviks adalah klien biasanya mengeluh keputihan yang makin lama makin banyak dan berbau busuk.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan utama yang dirasakan klien dengan kanker serviks adalah klien biasanya mengeluh keputihan yang makin lama makin banyak dan berbau busuk. Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan adanya perdarahan pasca coitus, keluar rabas vagina: berair dan purulen.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Yang perlu dikaji riwayat kesehatan dahulu apakah klien pernah mengalami penyakit ini sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Dikaji dalam keluarga apakah keluarga mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, jantung, penyakit kelainan darah dan riwayat kelahiran kembar dan riwayat penyakit mental. Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien.

f. Riwayat Obstetri

Untuk mengetahui riwayat obstetri pada klien dengan kanker serviks yang perlu diketahui adalah:

1) Keadaan haid

Dikaji tentang riwayat *menarche* dan haid terakhir, sebab kanker serviks tidak pernah ditemukan sebelum *menarche* dan mengalami atrofi pada *menopause*.

2) Riwayat kehamilan dan persalinan

Jumlah kehamilan dan anak yang hidup mempengaruhi psikologi klien dan keluarga terhadap hilangnya organ kewanitaan.

g. Pola Kebiasaan Sehari-hari menurut Virginia Henderson (Aspiani, 2017)

1. Respirasi

Respirasi bisa meningkat atau menurun.

2. Nutrisi

Biasanya klien tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya. Pada klien dengan kanker serviks yang sudah mengalami pengobatan iradiasi dan kemoterapi biasanya klien mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya dikarenakan adanya mual muntah, penurunan nafsu makan dan adanya stomatitis.

3. Eliminasi

Klien dengan kanker serviks tidak mengalami perubahan buang air kecil buang air besar, kecuali bila kanker serviks sudah pada stadium lanjut.

4. Istirahat/tidur

Klien biasanya mengalami gangguan dalam istirahat/tidurnya karena ketidaknyamanan yang dirasakannya.

5. Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi

Pada klien dengan kanker serviks biasanya tidak mengalami gangguan dalam hal temperature tubuh, suhu tubuh 37°C.

Tidak ada perubahan pada denyut jantung maupun tekanan darah, kecuali bila kanker serviks sudah pada stadium lanjut.

6. Kebutuhan *personal hygiene*

Kebersihan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri, di mana kebutuhan *personal hygiene* klien dengan kanker serviks tidak mengalami gangguan. Sedangkan pada klien post operasi ataupun pengobatan kemoterapi dan irradiasi pemenuhan kebersihan diri dibantu oleh keluarganya.

7. Aktivitas

Pada klien dengan kanker serviks aktivitasnya terganggu, pekerjaan/kegiatan sehari-hari tidak mampu dilakukan maksimal karena keadaannya yang semakin lemah.

8. Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena adanya perdarahan pervaginam.

9. Kebutuhan berpakaian

Klien dengan kanker serviks tidak mengalami gangguan dalam memnuhi kebutuhan berpakaian tersebut. Sedangkan pada klien post

operasi ataupun pengobatan dengan kemoterapi atau irradiasi klien mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan berpakaian.

10. Kebutuhan keamanan

Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

11. Sosialisasi

Bagaimana klien mampu berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini.

Faktor stress (pekerjaan, keuangan, perubahan peran), cara mengatasi stres (keyakinan, merokok, minum alcohol dan lain-lain). Klien ada masalah dalam perubahan penampilan. Pembedahan bentuk tubuh. Klien menyangkal, menarik diri, marah.

12. Kebutuhan spiritual

Pada kebutuhan spiritual ini tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya ataukah terhambat karena keadaan yang sedang dialami.

13. Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan kanker serviks biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah.

14. Kebutuhan belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dengan kanker serviks adalah:

1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien biasanya lemah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis, sedangkan kesadaran klien dengan post operasi pengangkatan kista biasanya somnolen sampai composmentis.

3) Pemeriksaan tanda-tanda vital

- a) Suhu : Normal 37°C
- b) Nadi : Meningkatkan (>90x/menit)
- c) Pernafsan : Normal/meningkat (>20x/menit)
- d) Tekanan darah: Normal/meningkat 120/80 mmHg

4) Pemeriksaan fisik *head to toe*

a) Kepala dan rambut

Pada kepala perlu dikaji adalah bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau berketombe, rambut apakah tampak lusuh atau kusut, apakah ada laserasi/luka.

b) Wajah

Yang perlu dikaji adalah warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah apakah lonjong atau oral.

c) Mata

Bentuk bola mata, ada tidaknya gerak mata, konjungtiva anemis atau tidak, bentuk mata apakah simetris atau tidak. Biasanya pada klien dengan kista ovarium konjungtiva anemis dan sclera ikterik.

d) Hidung

Ada tidaknya septuminasi, polip, dan kebersihannya.

e) Telinga

Kebersihan atau tidaknya kelainan fungsi pendengaran, kelainan anatomi pada telinga.

f) Mulut, bibir dan faring

Bentuk bibir apakah simetris atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya kelainan bicara.

g) Gigi

Jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan pada gusi atau caries gigi, karang gigi.

h) Leher

Yang perlu dikaji apakah ada pembesaran kelenjar limfe, pembesaran kelenjar tiroid atau adanya distensi vena jugularis.

i) Integument

Meliputi warna kulit, apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, tekstur kulit.

j) Thorax

Dikaji kesimetrisannya, ada tidaknya suara ronchi, ada tidaknya kolostrum, apakah puting susu masuk atau tidak, apakah tampak kotor atau tidak.

k) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat, bagaimana dengan bising usus, apakah ada nyeri tekan.

Teraba masa, ukuran dan konsistensi masa, nyeri tekan, perabaan hepar, ginjal dan hati.

Sel-sel kanker yang mendesak mengakibatkan gangguan pada saraf-saraf di sekitar panggul dan perut, sehingga menimbulkan perasaan berat pada daerah tersebut.

l) Panggul

Nyeri bisa diakibatkan oleh karena sel kanker yang sudah mendesak dan abnormalitas pada organ-organ daerah panggul.

m) Genitalia

Dikaji kebersihannya, adakah pengeluaran darah diluar siklus menstruasi.

Pada klien dengan kanker serviks terdapat adanya perdarahan atau bercak pada vagina yang tidak dapat dijelaskan sifatnya. Keluar rebas-rebas vagina. Berair, purulen atau mukoid.

n) Ekstremitas atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak ada odema.

o) Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, sianosis, bagaimana pergerakannya, reflek patella.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien dengan kanker serviks menurut (Aspiani, 2017) adalah:

- a. Nyeri akut/kronis berhubungan dengan penekanan sel kanker pada saraf dan kematian sel ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah panggul, ekspresi wajah meringis kesakitan.
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah karena proses eksternal radiasi dan efek kemoterapi ditandai dengan klien mengatakan tidak ada nafsu makan, klien mual dan muntah.
- c. Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang prosedur pengobatan.
- d. Resiko syok hipovolemia berhubungan dengan perdarahan pervaginam.
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan pengeluaran pervaginam (darah, keputihan).
- f. Gangguan pola seksual berhubungan dengan metaplasia penyakit.
- g. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek dari prosedur pengobatan.
- h. Kelelahan berhubungan dengan penurunan hemoglobin.

- i. Gangguan citra tubuh (*body image*) berhubungan dengan kekhawatiran tentang ketidakmampuan memiliki anak, perubahan dalam masalah kewanitaan, akibat pada hubungan seksual.

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Nyeri akut/kronis berhubungan dengan penekanan sel kanker pada saraf dan kematian sel ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah panggul, ekspresi wajah meringis kesakitan.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat:

- 1) Mengontrol nyeri (*pain control*) dengan kriteria:
 - a) Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri.
 - b) Klien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.
 - c) Klien mampu mengenal tanda-tanda pencetus nyeri untuk mencari pertolongan.
 - d) Klien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 2) Menunjukkan tingkat nyeri (*pain level*):
 - a) Klien melaporkan nyeri dan pengaruhnya pada tubuh.
 - b) Klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi dan lamanya episode nyeri.
 - c) Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
 - d) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - e) Ekspresi wajah tenang.

Intervensi (NIC):

- 1) Manajemen nyeri (*Pain Management*):

- a) Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan faktor presipitasi.
 - b) Observasi isyarat-isyarat non verbal dari ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif.
 - c) Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri.
 - d) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misalnya: relaksasi, terapi music, distraksi, massase).
 - e) Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan.
 - f) Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan.
 - g) Kontrol faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (misalnya: temperature ruangan, penyinaran dan lain-lain).
 - h) Tingkatkan tidur/istirahat yang cukup.
 - i) Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon klien.
 - j) Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri.
 - k) Hilangkan faktor yang dapat meningkatkan pengalaman nyeri (misalnya: rasa takut, kelelahan dan kurangnya pengetahuan).
 - l) Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri.
- 2) Pemberian Analgetik (*Analgetic Administration*):
- a) Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas dan keparahan sebelum pengobatan.
 - b) Berikan obat dengan prinsip 5 benar.
 - c) Cek riwayat alergi obat.
 - d) Pilih analgetik secara tepat/kombinasi lebih dari satu analgetik jika telah diresepkan.
 - e) Monitor *vital sign* sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.
 - f) Berikan analgetik yang tepat waktu terutama saat nyeri hebat.

g) Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala (efek samping).

- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah karena proses eksternal radiasi dan efek kemoterapi ditandai dengan klien mengatakan tidak ada nafsu makan, klien mual dan muntah.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi adekuat (Status nutrisi: Asupan makanan, cairan, dan zat gizi) adekuat dengan kriteria hasil:

- 1) Klien melaporkan peningkatan nafsu makan.
- 2) Klien melaporkan adanya peningkatan berat badan.
- 3) Klien melaporkan porsi makan yang disediakan habis.

Intervensi (NIC):

- 1) Manajemen nutrisi (*Nutritional Management*) dan Monitor Nutrisi (*Monitoring Nutrition*):
 - a) Kaji faktor penyebab mual dan muntah.
 - b) Identifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap hilangnya nafsu makan klien.
 - c) Tanyakan pada klien tentang alergi makanan.
 - d) Tanyakan makanan kesukaan klien.
 - e) Anjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan gaya hidup.
 - f) Anjurkan klien makan makanan bergizi dan terjangkau.
 - g) Anjurkan untuk makan banyak buah dan minum.
 - h) Berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya.

- i) Anjurkan klien agar menarik nafas dalam, perlahan dan menelan secara sadar untuk mengurangi mual/muntah.
 - j) Berikan obat antiemetic sebelum makan atau sesuai jadwal yang dianjurkan.
 - k) Diskusikan dengan dokter tentang kebutuhan stimulasi nafsu makan, makanan pelengkap, pemberian makanan melalui selang atau nutrisi parenteral total agar asupan kalori yang adekuat dapat dipertahankan.
 - l) Kolaborasi dengan ahli gizi mengenai jumlah kalori dan jenis zat gizi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan energy.
 - m) Dukung anggota keluarga klien untuk membawa makanan kesukaan klien.
 - n) Tawarkan makanan dalam porsi besar di siang hari ketika nafsu makan tinggi.
 - o) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan untuk makan sesuai kebutuhan.
 - p) Berikan klien minuman dan cemilan bergizi, tinggi protein, tinggi kalori.
 - q) Minimalkan faktor yang dapat menimbulkan mual dan muntah.
 - r) Tawarkan *hygiene* mulut sebelum makan.
 - s) Berikan umpan balik positif pada klien yang menunjukkan peningkatan nafsu makan.
 - t) Tawarkan snack (mislanya: minuman dan buah-buahan segar/jus buah-buahan), bila memungkinkan.
- c. Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang prosedur pengobatan.
- Tujuan (NOC):
- Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama...x 24 jam klien mampu mengontrol cemas (*Anxiety Control*), dengan kriteria hasil:
- 1) Klien dapat memonitor intensitas cemas.

- 2) Klien dapat menurunkan stimulus lingkungan ketika cemas.
- 3) Klien menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan cemas.
- 4) Klien dapat mempertahankan hubungan sosial.
- 5) Klien dapat mempertahankan konsentrasi.
- 6) Klien melaporkan tidur adekuat.
- 7) Ekspresi wajah klien tenang.

Intervensi (NIC):

- 1) Menurunkan cemas (*Anxietas Reduction*):
 - a) Bina hubungan saling percaya dengan klien.
 - b) Kaji tingkat kecemasan klien.
 - c) Dengarkan klien dengan penuh perhatian.
 - d) Berusaha memahami keadaan klien.
 - e) Jelaskan seluruh prosedur tindakan kepada klien dan perasaan yang mungkin muncul pada saat melakukan tindakan.
 - f) Berikan informasi tentang diagnose, prognosis dan tindakan.
 - g) Motivasi klien untuk menyampaikan tentang isis perasaan.
 - h) Dampingi klien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan.
 - i) Bantu klien menjelaskan keadaan yang bias menimbulkan kecemasan.
 - j) Bantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas.
 - k) Ajarkan klien teknik relaksasi.
 - l) Berikan obat-obat yang mengurangi cemas.

- d. Risiko syok hipovolemia berhubungan dengan perdarahan.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama...x 24 jam diharapkan tidak terjadi syok hipovolemik dengan kriteria hasil :

- 1) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
- 2) Turgor kulit baik.

- 3) Tidak ada sianosis.
- 4) Suhu kulit hangat.
- 5) Tidak ada diaphoresis.
- 6) Membran mukosa kemerahan.

Intervensi (NIC):

1) *Shock Prevention* (Pencegahan Syok):

- a) Monitor status sirkulasi: TD, warna kulit, temperature kulit, bunyi jantung, denyut jantung dan iramanya, kualitas denyut perifer dan *capillary refill*.
 - b) Monitor tanda dan gejala ketidakadekuatan oksigenasi jaringan.
 - c) Monitor adanya ketakutan, peningkatan kecemasan dan perubahan status mental.
 - d) Monitor suhu dan status respirasi.
 - e) Monitor *intake* dan *output*.
 - f) Monitor nilai laboratorium: Terutama hemoglobin, hematocrit, waktu pembekuan, analisa gas darah (AGD), nilai elektrolit dan kimia darah.
 - g) Tempatkan klien pada posisi supine dengan kaki lebih tinggi untuk meningkatkan preload sesuai kebutuhan.
 - h) Pertahankan kepatenan jalan nafas.
 - i) Kelola pemberian cairan IV dan atau oral sesuai kebutuhan.
 - j) Kelola pemberian *Red Blood Cell* dan atau plasma segar beku sesuai kebutuhan.
 - k) Kelola pemberian oksigen.
 - l) Ajarkan klien/keluarga factor presipitasi dari syok.
 - m) Ajarkan keluarga tanda dan gejala syok.
 - n) Ajarkan keluarga tindakan yang dapat dilakukan jika syok datang.
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan pengeluaran pervaginam (darah, keputihan).

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam diharapkan klien dapat meningkatkan pertahanan tubuh (*Immune Status*) dengan kriteria hasil:

- 1) Klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi.
- 2) Suhu tubuh normal (36-37°C).
- 3) Nadi normal (70-80x/menit).
- 4) Frekuensi nafas normal (20x/menit).
- 5) Tekanan darah normal 120/70 mmHg.
- 6) Tidak keluar rembes vagina yang purulent.

Intervensi (NIC):

Pengendalian infeksi (*Infection Control*) dan Perlindungan terhadap infeksi (*Infection Protection*):

- 1) Pantau tanda gejala (misalnya: Suhu tubuh, keadaan luka post operasi, kondisi vulva, kelelahan, dan malaise).
- 2) Kaji factor yang meningkatkan serangan infeksi (misalnya:usia lanjut, status imun menurun dan malnutrisi).
- 3) Pantau *personal hygiene* untuk perlindungan terhadap infeksi.
- 4) Monitor tanda dan gejala sistemik.
- 5) Monitor sel darah putih (*White Blood Cell*).
- 6) Anjurkan klien atau keluarga untuk menjaga *personal hygiene* dan melindungi tubuh terhadap infeksi.
- 7) Anjurkan pada pengunjung untuk mencuci tangan sewaktu masuk dan meninggalkan ruangan klien.
- 8) Anjurkan klien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi.
- 9) Anjurkan klien dan keluarga tanda / gejala infeksi dan kapan harus melaporkan ke petugas kesehatan.
- 10) Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh klien.
- 11) Ganti peralatan klien setiap selesai tindakan.
- 12) Batasi jumlah pengunjung.
- 13) Gunakan sabun untuk cuci tangan.
- 14) Gunakan sarung tangan steril.

- 15) Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan.
- 16) Pertahankan teknik aseptik.
- 17) Pertahankan teknik isolasi sesuai kebutuhan.
- 18) Ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi.
- 19) Ajarkan klien dan keluarga tanda/gejala infeksi dan kapan harus melaporkan ke petugas kesehatan.
- 20) Bersihkan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh klien.
- 21) Ganti peralatan klien setiap selesai tindakan.
- 22) Batasi jumlah pengunjung.
- 23) Gunakan sabun untuk cuci tangan.
- 24) Gunakan sarung tangan steril.
- 25) Tingkatkan asupan nutrisi dan cairan.
- 26) Pertahankan teknik aseptik.

f. Gangguan pola seksual berhubungan dengan metaplasia penyakit.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan pola seksual efektif dengan kriteria hasil:

- 1) Klien menunjukkan adanya keinginan untuk mendiskusikan perubahan pada fungsi seksual.
- 2) Klien meminta informasi yang dibutuhkan tentang perubahan pada fungsi seksual.
- 3) Klien mengungkapkan secara verbal pemahamannya tentang pembatasan yang diatur secara medis.
- 4) Klien beradaptasi terhadap model pengungkapan seksual yang berhubungan dengan perubahan fisik karena penyakit.

Intervensi (NIC):

Sexual Counseling (Konseling Seksual)

- 1) Ciptakan hubungan terapeutik yang didasari oleh rasa percaya.
- 2) Berikan privasi dan pastikan kerahasiaan klien.

- 3) Informasikan pada klien lebih awal bahwa hubungan seksual merupakan bagian dari hidupan keadaan sakit, pengobatan dan stress atau masalah lain/peristiwa yang dialami klien sering menyebabkan perubahan fungsi seksual.
- 4) Berikan informasi mengenai fungsi seksual sesuai kebutuhan.
- 5) Mulailah dengan topik yang sedikit sensitif dan diteruskan ke topik yang lebih sensitif.
- 6) Diskusikan efek sakit/situasi kesehatan terhadap seksual.
- 7) Diskusikan efek pengobatan terhadap seksual sesuai kebutuhan.
- 8) Diskusikan pengetahuan klien tentang seksual secara umum.
- 9) Identifikasi pengetahuan tentang tujuan yang dapat dijangkau.
- 10) Diskusikan modifikasi aktivitas seksual sesuai kebutuhan.
- 11) Diskusikan alternatif bentuk ekspresi seksual yang dapat diterima klien sesuai kebutuhan.

- g. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek dari prosedur pengobatan.

Tujuan (NOC):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan integritas jaringan kulit dan membrane mukosa utuh dengan kriteria hasil:

- 1) Suhu, elastisitas, hidrasi, pigmentasi dan warna jaringan dalam rentang yang diharapkan.
- 2) Klien terbebas dari lesi jaringan.
- 3) Klien menunjukkan kulit utuh.
- 4) Klien menunjukkan rutinitas perawatan kulit yang efektif.
- 5) Klien menunjukkan intake makanan yang adekuat untuk meningkatkan integritas kulit.

Intervensi (NIC):

- 1) Pencegahan luka penekanan (*Pressure Ulcer Prevention*):
 - a) Pertahankan tempat tidur yang bersih, kering, dan bebas kerutan.

- b) Ganti posisi setiap 1 sampai 2 jam secara teratur jika memungkinkan.
 - c) Hilangkan kelembaban yang berlebihan pada kulit akibat dari keringatan.
 - d) Pastikan keadekuatan nutrisi, terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori, menggunakan suplemen jika diperlukan.
 - e) Kaji adanya faktor resiko yang menyebabkan kerusakan kulit (misalnya: Ketidakmampuan untuk bergerak, gizi buruk, obat-obatan dan radiasi).
- 2) Surveilans kulit (*Skin Surveillance*):
- a) Pantau kulit dari adanya : Ruam dan lecet, warna dan suhu, kelembaban dan kekeringan berlebihan, area kemerahan yang rusak.
 - b) Pantau area kemerahan dan kerusakan pada kulit.
 - c) Pantau adanya area perubahan warna dan memar pada kulit dan membrane mukosa.
 - d) Pantau kekeringan dan kelembaban kulit.
 - e) Pantau warna kulit.
 - f) Pantau suhu kulit.
 - g) Catat adanya perubahan-perubahan kulit dan membrane mukosa.
 - h) Ajarkan keluarga tentang tanda dan gejala kerusakan kulit sesuai kebutuhan.
- h. Kelelahan berhubungan dengan penurunan hemoglobin.
- Tujuan (NOC):
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan kelelahan klien berkurang dengan kriteria hasil:
- 1) Klien mengungkapkan peningkatan energi.
 - 2) *Explain energy conservation plan to offset fatigue.*
- Intervensi (NIC):
- Energy Management* (Manajemen Energi)

- 1) Kaji frekuensi kelelahan, aktivitas yang berhubungan dengan peningkatan kelelahan.
 - 2) Anjurkan klien untuk mengekspresikan perasaan tentang kelelahan, gunakan teknik mendengar aktif dan bantu klien untuk mengidentifikasi sumber dari pengharapan.
 - 3) Tentukan penyebab lain kelelahan.
 - 4) Monitor intake nutrisi sebagai sumber energy yang adekuat.
 - 5) Batasi stimulasi lingkungan (misalnya:Pencahayaan dan kegaduhan).
 - 6) Anjurkan klien untuk istirahat yang cukup.
 - 7) Hindari aktivitas selama periode istirahat.
 - 8) Bantu klien untuk bangun dari tempat tidur atau duduk di samping tempat tidur atau duduk di samping tempat tidur atau berjalan.
 - 9) Dorong klien untuk melakukan aktivitas harian sesuai sumber energy.
 - 10) Ajarkan klien dan keluarga teknik untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari yang dapat meminimalkan penggunaan oksigen.
 - 11) Instruksikan klien atau keluarga untuk mengenal tanda dan gejala kelelahan yang memerlukan pengurangan aktivitas.
 - 12) Bantu klien atau keluarga untuk menentukan tujuan aktivitas yang realistis.
 - 13) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang lebih disukai.
 - 14) Dorong klien untuk memilih aktivitas yang sesuai dengan daya tahan tubuh.
- i. Gangguan citra tubuh (*body image*) berhubungan dengan kekawatiran tentang ketidakmampuan memiliki anak, perubahan masalah dalam kewanitaaan, akibat pada hubungan seksual.
- Tujuan (NOC):
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan klien mengalami peningkatan citra tubuh (*body image*) dengan kriteria hasil:

- 1) Klien mendemonstrasikan penerimaan terhadap perubahan bentuk tubuh.
- 2) Klien peduli terhadap perubahan bentuk tubuh.

Intervensi (NIC):

Body Image Enhancement (Peningkatan Citra Tubuh):

- 1) Observasi mekanisme koping yang digunakan klien saat stress.
- 2) Identifikasi klien terhadap risiko gangguan citra tubuh.
- 3) Eksplorasi kekuatan dan sumber yang dimiliki klien. Diskusikan jika memungkinkan perubahan berat badan.
- 4) Dorong klien untuk mendiskusikan secara interpersonal tentang masalah yang dihadapi.
- 5) Dorong klien untuk mengeksplorasi perubahan yang dialaminya.
- 6) Dorong klien untuk mendapatkan support dari orang yang berarti.
- 7) Dorong klien untuk ikut berpartisipasi membuat keputusan dalam rencana perawatannya.
- 8) Bantu klien agar dapat menerima bantuan dari orang lain.
- 9) Bantu klien untuk menggambarkan tentang ideal dirinya, karakteristik identitas dirinya dan menerimanya.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Data Dasar

Pasien masuk tanggal 11 Februari 2020, Jam 00.20 WIB, No Register 107-70-19. Diagnosa Medis *Ca.Cervix*. Pasien dirawat diruang Seruni nomor 536.1. Tanggal pengkajian 12 Februari 2020 pukul 10.00 WIB.

1. Identitas Pasien

Seorang perempuan bernama Ny. D (30 tahun), pendidikan terakhir S1, pasien tidak bekerja, namun dahulu pernah bekerja sebagai guru TK, suku bangsa Jawa, beragama Islam, Alamat Jakarta Timur. Nama suami Tn. D (35 tahun) pendidikan terakhir S1, bekerja sebagai wiraswasta, suku bangsa Jawa, Status perkawinan yaitu menikah 1 kali dengan lama perkawinan 6 tahun.

2. Resume

Ny. D (30 tahun) datang ke IGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat bersama suaminya pada tanggal 11 Februari 2020 pukul 00.20 WIB dengan keluhan BAK tidak lancar, hanya menetes sejak sore, berbau tidak sedap, tidak berdarah. Dilakukan pemeriksaan dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, pasien dilakukan pemeriksaan TTV dengan hasil Tekanan darah 136/89 mmHg, nadi 115x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. Dilakukan pemasangan infus RL 500 cc di vena metacarpal kanan, kemudian diberikan obat Durogesic 12,5mg, Tupcori(salp), Sagestam(salp), dan dilakukan pemasangan kateter urin. Pada pukul 02.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang seruni. Dilakukan pemeriksaan TTV oleh perawat ruangan dengan hasil tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 90x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. Pasien mengatakan sesak dan begah di

bagian perut. Masalah keperawatan yang diangkat adalah gangguan eliminasi urine, nyeri akut, dan gangguan pertukaran gas. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan adalah memberikan posisi semi fowler. Tindakan kolaborasi yang dilakukan adalah memberikan O₂ nasal 4 liter/menit, memberikan obat Durogesic 12,5 mg (oral), Topocori (salep), dan Sagestam (salp). Obat injeksi yang diberikan Pethidine (extradrip), CA Gluconas (extradrip), dan pasien dilakukan hemodialisa. Evaluasi secara umum adalah masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Pasien pernah dilakukan USG Whole Abdomen tanggal 12 Januari 2020 Kesan : Penebalan pada serviks uteri yang tampak menginfiltrasi vesika urinaria (relative sama dibandingkan sebelumnya) cenderung massa cerviks curiga ganas. Dan USG Abdomen tanggal 20 November 2019 Kesimpulan : Massa padat di regio cerviksuspek menginfiltrasi ke vesika urinaria sisi posteroinferior. Hidronefrosis kanan grade III. Lesi hiperechoic di lobus kanan hepar, DD/klasifikasi parenkim, hepatolithiasis.

3. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama (saat ini)

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Februari 2020 pukul 10.00 WIB pasien mengatakan nyeri di bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, nyeri seperti tertekan, durasi nyeri 5 menit, pasien mengatakan BAK hanya menetes selama 2 hari, pasien mengatakan tubuhnya sangat lemas dan pasien mengatakan tidak nyaman pada saat menggunakan kateter.

b. Riwayat Menstruasi

Ny. D mengalami *menarche* pada usia 15 tahun, siklus menstruasi tidak teratur, lamanya menstruasi tujuh hari, ganti pembalut tiga kali sehari, keluhan menstruasi tidak teratur.

Ny. D mengatakan menstruasi terakhir pada tanggal 02 Februari 2020, 6 bulan terakhir perdarahan menstruasi lebih banyak dari biasanya. Jumlah perdarahan menstruasi 200cc/hari (3 kali mengganti balutan/hari). Keluhannya menstruasi tidak teratur.

c. Riwayat Obstetri; P: 2 A: 0 Anak Hidup: 2

Pada saat kehamilan anak pertama 39 minggu tidak ada penyulit pada masa kehamilan, persalinan dilakukan dengan normal, penolong dokter, penyulit persalinan tidak ada, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3700 gram, panjang badan 50 cm, keadaan anak sehat dan sekarang berusia 9 tahun. Anak kedua dengan kehamilan 38 minggu, tidak ada penyulit pada masa kehamilan, persalinan dilakukan dengan normal, penolong dokter, penyulit persalinan tidak ada, komplikasi nifas tidak ada, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3500 gram, panjang badan 47 cm, keadaan anak sehat dan sekarang berusia 7 tahun.

d. Riwayat Ginekologi & Penyakit/ Pembedahan sebelumnya

Pasien mengatakan belum pernah melakukan pemeriksaan PAPSMER. Pasien mengatakan pernah melakukan pemeriksaan USG Whole Abdoemen di RSCM pada tanggal 12 Januari 2020 dengan hasil penebalan pada cervix uteri yang tampak menginfiltrasi vesika urinaria, cenderung massa cervix curiga ganas. Masalah ginekologi/ infertilitas pasien mengatakan haid tidak teratur sejak muda. Pasien mengatakan belum pernah

melakukan operasi. Pasien mengatakan penyakit berat lainnya tidak ada.

e. Riwayat Kesehatan/ penyakit Keluarga

Pasien mengatakan nenek pasien mengalami diabetes, kakek nya mengalami tumor mata. Pasien mengatakan nenek dan kakek dari ayahnya. Pasien pernah dilakukan pemeriksaan USG Whole Abdomen tanggal 12 Januari 2020 Kesan : Penebalan pada serviks uteri yang tampak menginfiltrasi vesika urinaria (relative sama dibandingkan sebelumnya) cenderung massa cerviks curiga ganas. Dan USG Abdomen tanggal 20 November 2019 Kesimpulan : Massa padat di regio cerviks suspek menginfiltrasi ke vesika urinaria sisi posteroinferior. Hidronefrosis kanan grade III. Lesi hiperechoic di lobus kanan hepar, DD/klasifikasi parenkim, hepatolithiasis.

f. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien mengatakan program KB, jenis kontrasepsi yang digunakann adalah pil KB, dengan lama 5 tahun ini.

g. Riwayat Psikososial & Spiritual

Pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien yaitu suami, anak, dan kakak perempuannya. Pasien mengatakan interaksi dalam keluarga baik. Pasien mengatakan hal yang dipikirkan saat ini yaitu terkait penyakitnya, harapan pasien mengatakan ingin cepat sehat dan pola makan dijaga, pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu cemas, stres karena penyakitnya.

h. Riwayat Kebutuhan/ kebiasaan Sehari-hari Sebelum Dirawat

1) Nutrisi/ Cairan

Pasien mengatakan biasa makan 3 kali sehari, makanan pantangan/ alergi/ yang tidak disukai tidak ada, BB sebelum sakit 78 kg (3 bulan yang lalu), TB 170 cm, keluhan tidak ada, pasien mengatakan minum 900 cc/ hari atau 3-4 gelas.

2) Eliminasi

Klien mengatakan biasanya BAB 1 kali sehari, dengan konsistensi padat, warna coklat, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAB, BAK 5-6 kali perhari dengan warna urine kuning jernih (1 kali BAK 150 cc), bau khas, pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat BAK. Intake : Infus oral=500cc, oral=900cc. Output : Urine=610cc, IWL=780cc. BC=1.400-1.390=+10.

3) Personal Hygiene

Pasien mengatakan mandi 2 kali perhari yaitu pada pagi dan sore, oral hygiene 2 kali perhari waktunya pagi dan sore. Genitalia bersih.

4. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan lama tidur 6jam per hari, pasien mengatakan tidak tidur siang, pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur ialah menonton televisi, tidak ada kesulitan tidur.

5. Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sekarang sudah tidak bekerja dan menjadi ibu rumah tangga, sebelumnya pernah bekerja sebagai guru TK..Pasien mengatakan jenis kegiatan olahraga yaitu *joging*, dengan frekuensi 1 kali per minggu.

6. Kebiasaan lain yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, minuman keras dan tidak ketergantungan obat.

1) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis.

2) Sistem Penglihatan

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil posisi simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera anikterik.

3) Sistem Pendengaran

Fungsi pendengaran baik, tidak ada menggunakan alat bantu dengar atau trauma yang dapat mempengaruhi fungsi pendengaran.

4) Sistem Wicara

Pasien mampu berkomunikasi dengan baik secara verbal dan non verbal.

5) Sistem Pernafasan

Pasien tampak sesak, frekuensi nafas 22x/menit, irama tidak teratur dengan kedalaman dangkal, pasien tidak batuk. *Capiler revil time* (CRT) >3 detik (4 detik), terpasang nasal kanul O₂ 4 liter/menit (RR 22 kali/menit). Hasil thorax : Sinus & diaphragma normal, tak tampak infiltrat/konsolidasi parenchymparu, hilus tak melebar, cardio thoracis ratio normal. Kesan : Cor – pulmo normal.

6) Sistem Kardiovaskuler

a) Sirkulasi perifer

Nadi 114 kali/menit, irama tidak teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 165/94 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis dibagian kanan maupun kiri ekstremitas.

b) Sirkulasi jantung

Palpitasi/Irama jantung teratur, pasien mengeluh sesak. Bunyi jantung normal (S1 dan S2), tidak ada nyeri dada.

7) Sistem Pencernaan

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil keadaan mulut dan gigi dengan tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, tidak memakai gigi palsu, pasien makan ½ porsi, pasien tidak ada kesulitan menelan, tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan nyeri pada perut, bising usus 8 kali per menit.

8) Sistem Saraf Pusat

Tingkat kesadaran compos mentis, pasien tidak mengeluh pusing.

9) Sistem Perkemihan

Terpasang dower cateter urine, warna kuning jernih, volume urine (1200 cc/24 jam), sebelumnya pasien mengeluh berkemih tidak lancar.

10) Sistem Integumen

Tampak luka insisi di bagian klavikula, karena terpasang mahokar untuk cuci darah, kulit sekitar luka insisi tidak ada tanda-tanda infeksi, warna kulit pada ekstremitas kapiler tampak pucat.

11) Sistem Muskuloskeletal

Hambatan aktifitas karena kelemahan fisik disebabkan proses penyakit. Mobilisasi dan personal hygiene dibantu oleh keluarga.

12) Sistem Kekebalan Tubuh

Kondisi fisik semakin menurun semenjak di diagnosa kanker serviks. Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapatkan (leukosit=31.960/ul, trombosit=608.000/ul, Hb=6,0g/dl). BB sebelum sakit 78 kg (3 bulan yang lalu), BB setelah sakit 76 kg, keluhan lain tidak ada.

13) Pemeriksaan Payudara dan Axila

Hasil pemeriksaan bentuk payudara simetris, konsistensi lembek, tidak ada tanda peradangan, kelenjar pada daerah axilla tidak membesar.

14) Pemeriksaan Abdomen

Hasil pemeriksaan abdomen teraba lembek, permukaan bulat, lingkaran perut 80 cm, abdomen tidak asites, nyeri pada bagian abdomen di bagian suprapubik/hypogastrik, nyeri hilang timbul skala nyeri 5(*Numeric scale*), durasi nyeri 5 menit, nyeri seperti tertekan, nyeri hilang timbul.

15) Pemeriksaan Genitalia Eksterna dan Inguinal

Hasil pemeriksaan keadaan vulva kotor, rambut pubis normal, terdapat cairan/pus, tidak terdapat massa, terdapat tanda infeksi, dan pus berbau busuk.

2) Pemeriksaan Penunjang

1). Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 12 Februari 2020 pukul 06.00 WIB, pemeriksaan darah lengkap : hemoglobin 6,0 g/dl, hematokrit 19 vol %, leukosit 31.960 /ul, trombosit 608.000 /ul, eritrosit 2,67 juta/ul, MCV 71 fl, MCH 23 pg, MCHC 32 %, SGPT 8 U/L, creatinin 6,5 mg/dl, natrium 129, ureum 79 mg/dl.

2). USG Whole Abdomen tanggal 12 Januari 2020

Kesan : Penebalan pada serviks uteri yang tampak menginfiltrasi vesika urinaria (relative sama dibandingkan sebelumnya) cenderung massa cerviks curiga ganas.

3). USG Abdomen tanggal 20 November 2019

Kesimpulan : Massa padat di regio cerviks suspek menginfiltrasi ke vesika urinaria sisi posteroinferior. Hidronefrosis kanan grade III. Lesi hiperechoic di lobus kanan hepar, DD/klasifikasi parenkim, hepatolithiasis.

3) Penatalaksanaan

Pasien mendapat terapi infus berupa RL 500 cc/24 jam, pasien mendapatkan terapi diit lunak, obat-obatan berupa durogesic 3 x 12 mg, topcori (salp), sagestam (salp), tramal 2 x 50mg (iv), pethidine extra (drip), CA Gluconas extra (drip), lancid extra (oral), kaltrofen extra (sup), tramal 50 mg (drip), pranza extra (iv).

Data Fokus

Rabu, 12 Februari 2020

Keadaan Umum

Data Objektif: Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, hasil observasi tanda-tanda vital dengan tekanan darah 165/94mmHg, nadi 114x/menit, suhu 36°C, pernafasan 22x/menit. Berat badan 76 kg. Tinggi badan 170 cm. IMT pasien 26.

Kebutuhan Fisiologis: Oksigen

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak mengeluh batuk, pasien mengatakan sesak nafas.

Data Objektif :

Pasien tampak sesak, frekuensi nafas 22x/menit, irama tidak teratur dengan kedalaman dangkal, pasien tidak batuk. *Capiler revil time* (CRT) < 3 detik, terpasang nasal kanul O2 4 liter/menit (RR 22 kali/menit). Hasil thorax : Sinus & diaphragma normal, tak tampak infiltrat/ konsolidasi parenchyma paru, hilus tak melebar, cardio thoracis ratio normal. Kesan : Cor – pulmo normal.

Kebutuhan Fisiologi : Nutrisi

Data Subjektif : Pasien mengatakan nafsu makan kurang, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan BB sebelum sakit 78 kg (3 bulan yang lalu), BB sekarang 76 kg. Tidak mempunyai alergi pada makanan, pasien menghabiskan ½ porsi makan.

Data Objektif : konjungtiva pasien anemis, BB sekarang 76 kg, IMT pasien: 26, pasien tidak stomatitis, pasien tampak tidak mual dan muntah, hasil Hb 6,0 g/dl.

Kebutuhan Fisiologi : Eliminasi

Data Subjektif : Pasien mengatakan BAK tidak lancar, hanya menetes sejak sore, berbau tidak sedap, tidak berdarah. Intake : Infus oral=500cc, oral=900cc. Output : Urine=610cc, IWL=780cc. BC=1.400-1.390=+10

Data Objektif : Pasien tampak terpasang dower kateter urin

Kebutuhan Fisiologi : Aktivitas

Data Subjektif : Pasien mengatakan semakin lama badan makin lemas, tidak bisa beraktivitas atau mengerjakan pekerjaan dirumah seperti sakit.

Data Objektif : Kemampuan untuk berktivitas terhambat, tingkat ketergantungan pasien adalah parsial care.personel hygiene terbatas sebagian dibantu oleh keluarga atau perawat.

Kebutuhan Rasa Aman : Infeksi

Data Subjektif : Pasien mengatakan merasakan tidak nyaman karena dipasang mahokar di intarsia jugularis kanan.

Data Objektif : terpasang mahokar, terpasang infus, pasien tampak lemas dan gelisah karena proses penyakitnya, leukosit 31.960 /ul hasil lab tanggal 12 Februari 2020, trombosit 608.000/ul.

Kebutuhan Rasa Nyaman : Nyeri

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen di bagian suprapubik/hypogastrik, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, lingkaran perut 80 cm, abdomen tidak asites.

Data Objektif : Skala nyeri 5 (*Numeric scale*), hasil pemeriksaan abdomen teraba lembek, permukaan bulat, lingkaran perut 80 cm, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 165/94mmHg, nadi 114x/menit, suhu 36°C, pernafasan 22x/menit.

Kebutuhan Rasa Nyaman : Cemas

Data Subjektif : Pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu cemas, stres karena penyakitnya.

Data Objektif : Pasien tampak cemas dan pasien selalu ditemani oleh kakak dan suaminya, nadi 114x/menit, RR 22x/menit

A. Analisa Data

No		Masalah	Penyebab
1.	<p>Data subjektif:</p> <p>Ny. D mengatakan sesak saat bernafas karena nyeri yang dirasakan di bagian hypogastric/suprapubik. Sesak menetap tanpa aktifitas, nyeri yang dirasakan di bagian abdomen adalah seperti nyeri tekan.</p> <p>Data objektif:</p> <p>Hambatan oksigenasi karena pola nafas tidak efektif, suara terdengar diskontinue (terputus-putus), auskultasi suara nafas vesikuler, frekuensi nafas 22 kali/menit. Sesak menetap tanpa beraktivitas. Terpasang nasal kanul 4 liter/menit (RR 22 x/menit). CRT>3 detik.</p>	Pola nafas tidak efektif.	Nyeri di bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik.

2.	<p>Data subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen di bagian suprapubik/hypogastrik, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, lingkar perut 80 cm, abdomen tidak asites</p> <p>Data objektif:</p> <p>Skala nyeri 5 (<i>Numeric scale</i>), hasil pemeriksaan abdomen teraba lembek, permukaan bulat, lingkar perut 80 cm, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 165/94mmHg, nadi 114x/menit, suhu 36°C, pernafasan 22x/menit.</p>	Nyeri Akut	Agens cedera biologis (mis. Infeksi, iskemia, neoplasma).
----	---	------------	---

3.	<p>Data subjektif:</p> <p>Ny. D mengeluh semakin lama badan makin lemas, tidak bisa beraktivitas atau mengerjakan pekerjaan dirumah.</p> <p>Data objektif:</p> <p>Pasien tampak terpasang mahokar di intarsia jugularis kanan, terpasang infus di vena metacarpal kanan, pasien tampak lemas dan gelisah karena proses penyakitnya, leukosit 31.960 /ul hasil lab tanggal 12Februari 2020, trombosit 608.000/ul.</p>	Hambatan mobilitas fisik	Gangguan metabolisme
----	--	-----------------------------	----------------------

4.	<p>Data subjektif : Pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu cemas, stres karena penyakitnya.</p> <p>Data objektif : Pasien tampak cemas dan pasien selalu ditemani oleh kakak dan suaminya, nadi 114x/menit, RR 22x/menit.</p>	Gangguan rasa nyaman : ansietas	Gejala terkait penyakit.
5.	<p>Data subjektif:</p> <p>Ny. D mengatakan mengatakan nafsu makan kurang, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan BB sebelum sakit 78 kg (3 bulan yang lalu), BB sekarang 76 kg. Tidak mempunyai alergi pada makanan, pasien menghabiskan ½ porsi makan.</p> <p>Data objektif:</p> <p>konjungtiva pasien anemis, BB sekarang 76 kg BB sebelum sakit 78 kg, IMT pasien: 26, pasien tidak stomatitis, pasien</p>	Resiko ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh.	Kurang asupan makan

6.	<p>tampak tidak mual dan muntah, hasil Hb 6,0 g/dl.</p> <p>Data Subjektif : Pasien mengatakan BAK tidak lancar, hanya menetes sejak sore, berbau tidak sedap, tidak berdarah.</p> <p>Data Objektif : Pasien tampak terpasang dower kateter urin.</p> <p>Intake : Infus oral=500cc, oral=900cc. Output : Urine=610cc, IWL=780cc. BC=1.400-1.390=+10</p>	Gangguan eliminasi:urine	Gangguan infiltrasi ginjal.
----	--	--------------------------	-----------------------------

B. Diagnosa Keperawatan

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Nyeri di bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik.

Tanggal ditemukan : 12 Februari 2020

Tanggal teratasi :

2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis. Infeksi, iskemia, neoplasma).

Tanggal ditemukan : 12 Februari 2020

Tanggal teratasi :

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan metabolisme.
Tanggal ditemukan : 12 Februari 2020
Tanggal teratasi :
4. Gangguan rasa nyaman : cemas berhubungan dengan Gejala terkait penyakit
Tanggal ditemukan : 12 Februari 2020
Tanggal teratasi :
5. Resiko ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.
Tanggal ditemukan : 12 Februari 2020
Tanggal teratasi :
6. Gangguan eliminasi : urine berhubungan dengan gangguan infiltrasi ginjal.
Tanggal ditemukan : 12 Februari 2020
Tanggal teratasi :

C. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa pertama :Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Nyeri di bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik.

Data subjektif:

Ny. D mengatakan sesak saat bernafas karena nyeri yang dirasakan di bagian hypogastric/suprapubik.Sesak menetap tanpa aktifitas, nyeri yang dirasakan di bagian abdomen adalah seperti nyeri tekan.

Data objektif:

Hambatan oksigenasi karena pola nafas tidak efektif, suara terdengar diskontinue (terputus-putus), auskultasi suara nafas vesikuler, frekuensi nafas 22 kali/menit.Sesak menetap tanpa beraktivitas.Terpasang nasal kanul 4 liter/menit (RR 22 x/menit).

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan sesak nafas berkurang.

Kriteria hasil :

- a. RR dalam batas normal (16-20x/menit).
- b. Suara nafas vesikuler
- c. Capillary refill<3 detik.
- d. Irama nafas teratur.

Rencana Tindakan :

- 1) Berikan posisi semi fowler
- 2) Pertahankan jalan nafas yang paten
- 3) Monitor aliran oksigen
- 4) Monitor frekuensi pernafasan
- 5) Monitor pola nafas abnormal
- 6) Monitor (CRT)
- 7) Monitor suara nafas

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020**Diagnosa 1**

Pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien merasa nyaman dan sesak berkurang.

Pukul 11.30 WIB memonitor aliran oksigen dengan hasil aliran oksigen tidak ada hambatan dan nasal kanul masih tetap terpasang.

Pukul 12.00 WIB memonitor CRT dengan hasil CRT kembali dalam >3 detik.

Pukul 13.00 WIB memonitor suara nafas dengan hasil suara nafas pasien vesikuler dan dangkal.

Evaluasi Rabu, 12 Februari 2020

Diagnosa pertama subjektif : Pasien mengatakan sesak

Objektif: frekuensi pernafasan pasien 22x/menit

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawat ruangan) 12 Februari 2020

Pukul 16.00 WIB Memantau keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran composmentis.

Pukul 16.30 WIB Melakukan personal hygiene pada pasien dengan hasil terdapat pus pada pamper pasien, dengan bau busuk, vagina tampak kotor dan berbau.

Pukul 17.00 WIB Memonitor TTV dengan hasil TD=160/80 mmHg, Nadi=100x/menit, RR=20x/menit, Suhu=36°C.

Pukul 18.00 WIB Memberikan terapi Microlax (extra) melalui rectal dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 18.30 WIB Memberikan terapi Pethidine (extra) drip dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pelaksanaan Keperawatan Kamis, 13 Februari 2020**Diagnosa 1**

Pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien merasa nyaman dan sesak berkurang.

Pukul 11.30 WIB memonitor aliran oksigen dengan hasil aliran oksigen tidak ada hambatan dan nasal kanul masih tetap terpasang.

Pukul 12.00 WIB memonitor CRT dengan hasil CRT kembali dalam >3 detik.

Pukul 13.00 WIB memonitor suara nafas dengan hasil suara nafas pasien vesikuler dan dangkal.

Evaluasi Kamis, 13 Februari 2020

Diagnosa pertama subjektif : Pasien mengatakan sesak

Objektif: frekuensi pernafasan pasien 22x/menit

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawat ruangan) 13 Februari 2020

Pukul 16.00 WIB Memantau keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum pasien sakit sedang, keasadaran composmentis.

Pukul 16.30 WIB Melakukan personal hygiene pada pasien dengan hasil terdapat pus pada pamper pasien, dengan bau busuk, vagina tampak kotor dan berbau.

Pukul 17.00 WIB Memonitor TTV dengan hasil TD=165/85 mmHg, Nadi=95x/menit, RR=20x/menit, Suhu=36°C.

Pukul 18.00 WIB Memberikan terapi Lancid (extra) melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 18.30 WIB Memberikan terapi Kaltrofen (extra) sup dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pelaksanaan Keperawatan Jumat, 14 Februari 2020**Diagnosa 1**

Pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien sudah bisa bangun dari tempat tidur dan duduk di kursi.

Pukul 11.30 WIB memonitor aliran oksigen dengan hasil pasien sudah tidak memakai oksigen dan sudah tidak sesak.

Pukul 12.00 WIB memonitor CRT dengan hasil CRT kembali dalam <3 detik.

Pukul 13.00 WIB memonitor suara nafas dengan hasil suara nafas pasien vesikuler dan dangkal.

Evalusi Jumat, 14 Februari 2020

Diagnosa pertama subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak sesak

Objektif: frekuensi pernafasan pasien 20x/menit

Analisa: Masalah sudah teratasi, tujuan sudah tercapai.

Planning: Hentikan intervensi.

Pelaksanaan keperawatan (shift sore dan shift malam oleh perawat ruangan) 14 Februari 2020

Pukul 16.00 WIB Memantau keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran composmentis.

Pukul 16.30 WIB Melakukan personal hygiene pada pasien dengan hasil terdapat pus pada pamper pasien, dengan bau busuk, vagina tampak kotor dan berbau.

Pukul 17.00 WIB Memonitor TTV dengan hasil TD=165/85 mmHg, Nadi=95x/menit, RR=20x/menit, Suhu=36°C.

Pukul 18.00 WIB Memberikan terapi Lancid (extra) melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 18.30 WIB Memberikan terapi Kaltrofen (extra) sup dengan hasil obat berhasil diberikan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis. Infeksi, iskemia, neoplasma).

Data subjektif:

Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen di bagian suprapubik/hypogastrik, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, lingkaran perut 80 cm, abdomen tidak asites

Data objektif:

Skala nyeri 5 (*Numeric scale*), hasil pemeriksaan abdomen teraba lembek, permukaan bulat, lingkaran perut 80 cm, pasien tampak membatasi pergerakan, tekanan darah 165/94mmHg, nadi 114x/menit, suhu 36°C, pernafasan 22x/menit.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien dapat berkurang ke skala ringan.

Kriteria hasil:

- a. TTV dalam rentang normal.
- b. Nyeri berkurang sampai skala ringan.
- c. Pasien mampu mengontrol nyeri.
- d. Tidak mengalami gangguan tidur.

Rencana Tindakan:

- 1) Monitor TTV setiap shift.
- 2) Identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
- 3) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.
- 4) Identifikasi factor yang memperberat nyeri.
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur.
- 6) Berikan terapi Pethidine (extra) drip melalui injeksi.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020**Diagnosa 2**

Pukul 11.00 WIB Mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil nyeri di bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik, nyeri hilang timbul, durasi nyeri selama 5 menit, nyeri seperti tertekan, skala nyeri 4 (*Numeric Scale*).

Pukul 12.00 WIB Memberikan terapi Pethidine (extra) drip melalui injeksi dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 12.30 WIB Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien dapat mengikuti relaksasi nafas dalam.

Evaluasi Rabu, 12 Februari 2020

Diagnosa kedua subjektif: Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik.

Objektif: Skala nyeri pasien 5 (*Numeric Skale*), nyeri hilang timbul, durasi nyeri 5 menit, nyeri seperti tertekan.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Kamis, 13 Februari 2020

Pukul 11.00 WIB Mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil nyeri di bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik, nyeri hilang timbul, durasi nyeri selama 5 menit, nyeri seperti tertekan, skala nyeri 4 (*Numeric Scale*).

Pukul 12.00 WIB Memberikan terapi Pethidine (extra) drip melalui injeksi dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 12.30 WIB Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien dapat mengikuti relaksasi nafas dalam.

Evaluasi Kamis, 13 Februari 2020

Diagnosa kedua subjektif: Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik.

Objektif: Skala nyeri pasien 4 (*Numeric Skale*), nyeri hilang timbul, durasi nyeri 5 menit, nyeri seperti tertekan.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Jumat, 14 Februari 2020

Pukul 11.00 WIB Mengidentifikasi karakteristik nyeri dengan hasil nyeri di bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik, nyeri hilang timbul, durasi nyeri selama 5 menit, nyeri seperti tertekan, skala nyeri 4 (*Numeric Scale*).

Pukul 12.00 WIB Memberikan terapi Pethidine (extra) drip melalui injeksi dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 12.30 WIB Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien dapat mengikuti relaksasi nafas dalam.

Evaluasi Jumat, 14 Februari 2020

Diagnosa kedua subjektif: Pasien mengatakan nyeri dibagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik.

Objektif: Skala nyeri pasien 4 (*Numeric Skale*), nyeri hilang timbul, durasi nyeri 5 menit, nyeri seperti tertekan.

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan metabolisme.

Data subjektif:

Ny. D mengeluh semakin lama badan makin lemas, tidak bisa beraktivitas atau mengerjakan pekerjaan dirumah.

Data objektif:

Pasien tampak terpasang mahokar di intarsia jugularis kanan, terpasang infus di vena metacarpal kanan, pasien tampak lemas dan gelisah karena proses penyakitnya, hasil lab tanggal 12Februari 2020, trombosit 608.000/ul, Hb 6,0 g/dl.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien bisa melakukan aktifitas tanpa dibantu oleh anggota keluarga.

Kriteria hasil :

- a. Beraktivitas dengan mandiri.
- b. Badan tidak merasa lemas.

c. Pasien bisa melakukan aktivitas tanpa dibantu keluarga.

Rencana Tindakan:

- 1) Kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi.
- 2) Dekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien.
- 3) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (makan, ke toilet, dan vulva hygiene).
- 4) Libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien.
- 5) Motivasi pasien untuk mobilisasi bertahap.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020

Diagnosa 3

Pukul 10.00 WIB Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien masih terbaring lemah di tempat tidur

Pukul 10.00 WIB Memberikan terapi Durogesic (12,5 mg) melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 10.10 WIB Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan hasil pasien didampingi keluarga dalam melakukan aktivitas.

Pukul 10.30 WIB Memotivasi pasien untuk mobilisasi secara bertahap dengan hasil pasien dapat mika miki.

Evaluasi Rabu, 12 Februari 2020

Diagnosa ketiga subjektif: Pasien mengatakan masih lemas dan belum bisa mobilisasi.

Objektif: Pasien tampak lemas dan berbaring di tempat tidur.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Kamis, 13 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien sudah bisa posisi semifowler.

Pukul 10.00 WIB Memberikan terapi Durogesic (12,5 mg) melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 10.10 WIB Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan hasil pasien didampingi keluarga dalam melakukan aktivitas.

Pukul 10.30 WIB Memotivasi pasien untuk mobilisasi secara bertahap dengan hasil pasien dapat mika miki.

Evaluasi Kamis, 13 Februari 2020

Diagnosa keempat subjektif: Pasien mengatakan masih lemas dan belum bisa mobilisasi.

Objektif: Pasien tampak lemas dan berbaring di tempat tidur.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Jumat, 14 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dengan hasil pasien sudah bisa posisi semifowler.

Pukul 10.00 WIB Memberikan terapi Durogesic (12,5 mg) melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 10.10 WIB Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan hasil pasien didampingi keluarga dalam melakukan aktivitas.

Pukul 10.30 WIB Memotivasi pasien untuk mobilisasi secara bertahap dengan hasil pasien dapat mika miki.

Evaluasi Jumat, 14 Februari 2020

Diagnosa keempat subjektif: Pasien sudah mulai bisa bangun dari tempat tidur dan sudah bisa ke kamar mandi sendiri.

Objektif: Pasien sudah bisa duduk di kursi tanpa bantuan keluarga.

Analisa: Masalah sudah teratasi, tujuan sudah tercapai.

Planning: Hentikan semua intervensi.

4. Gangguan rasa nyaman : ansietas berhubungan dengan gejala terkait penyakit.

Data subjektif : Pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu cemas, stres karena penyakitnya.

Data objektif : Pasien tampak cemas dan pasien selalu ditemani oleh kakak dan suaminya, nadi 114x/menit, RR 22x/menit.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami ansietas kembali.

Kriteria hasil :

- a. Pasien tidak merasa cemas.
- b. Nadi pasien dalam batas normal (60-100x/menit).
- c. RR pasien dalam batas normal (12-20x/menit).
- d. Pasien dapat berkonsentrasi pada saat dilakukan pengkajian dan pada saat di Tanya oleh perawat.

Rencana Tindakan :

- 1) Komunikasi dengan pasien apa yang sedang dirasakannya sekarang.
- 2) Monitor nadi dan RR pasien.
- 3) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya.
- 4) Libatkan keluarga dalam komunikasi dengan pasien, agar pasien dapat mengungkapkan perasaannya selama sakit.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020

Diagnosa 4

Pukul 11.00 WIB Melakukan pemeriksaan nadi, dan RR pasien dengan hasil nadi=110x/menit, RR=22x/menit.

Pukul 11.15 WIB Membantu pasien untuk berkomunikasi menunjukkan perasaan yang dirasakan sekarang dengan hasil pasien mengatakan cemas dengan penyakit yang dialaminya sekarang.

Pukul 11.30 WIB Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (mengambil minum) dengan hasil pasien minum air putih.

Evaluasi Rabu, 12 Februari 2020

Subjektif : pasien mengatakan cemas dengan penyakit yang dialaminya.

Objektif : Pasien tampak cemas.

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Kamis, 13 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB Melakukan pemeriksaan nadi, dan RR pasien dengan hasil nadi=100x/menit, RR=21x/menit.

Pukul 10.15 WIB Membantu pasien untuk berkomunikasi menunjukkan perasaan yang dirasakan sekarang dengan hasil pasien mengatakan masih cemas dengan penyakit yang dialaminya sekarang.

Pukul 10.30 WIB Melibatkan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan hasil keluarga pasien membantu kebutuhan pasien

Evaluasi Kamis, 13 Februari 2020

Subjektif : pasien mengatakan masih cemas dengan penyakit yang dialaminya.

Objektif : Pasien tampak cemas, namun sudah bisa ngobrol dengan keluarga.

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Jumat, 14 Februari 2020

Pukul 10.15 WIB Melakukan pemeriksaan nadi, dan RR pasien dengan hasil nadi=100x/menit, RR=20x/menit.

Pukul 10.30 WIB Membantu pasien untuk berkomunikasi menunjukkan perasaan yang dirasakan sekarang dengan hasil pasien mengatakan cemas masih ada, namun sudah sedikit berkurang karena ada keluarga yang mendampingi.

Pukul 11.40 WIB Melibatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan hasil keluarga pasien membantu pasien turun dari tempat tidur.

Evaluasi Jumat, 14 Februari 2020

Subjektif : pasien mengatakan cemas masih ada namun sudah sedikit berkurang karena ada keluarga yang mendampingi.

Objektif : Pasien tampak masih cemas namun sudah sedikit ceria karena bisa bertukar cerita dengan keluarga.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : Lanjutkan semua intervensi.

5. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.

Data subjektif:

Ny. D mengatakan mengatakan nafsu makan kurang, pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, pasien mengatakan BB sebelum sakit 78 kg (3 bulan yang lalu), BB sekarang 76 kg. Tidak mempunyai alergi pada makanan, pasien menghabiskan ½ porsi makan.

Data objektif:

konjungtiva pasien anemis, BB sekarang 76 kg, IMT pasien: 26, pasien tidak stomatitis, pasien tampak tidak mual dan muntah, hasil Hb 6,0 g/dl.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nafsu makan pasien kembali normal.

Kriteria hasil :

- a. Pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan.
- b. BB pasien tetap.
- c. Tidak ada mual.
- d. Tidak ada muntah.

Rencana Tindakan :

- 1) Kaji adanya alergi makanan.
- 2) Anjurkan pasien menghabiskan diit.
- 3) Observasi adanya mual dan muntah.
- 4) Timbang berat badan setiap hari.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020

Diagnosa 5

Pukul 10.00 WIB Mengkaji adanya alergi makanan dengan hasil pasien tidak ada alergi makanan.

Pukul 10.30 WIB Mengobservasi adanya mual muntah pada pasien dengan hasil mual muntah tidak ada.

Pukul 10.40 WIB Menganjurkan pasien menghabiskan diit dengan hasil pasien menghabiskan ½ porsi makanan.

Evaluasi Rabu, 12 Februari 2020

Diagnosa kelima subjektif: Pasien mengatakan tidak nafsu makan.

Objektif: pasien tampak menghabiskan ½ porsi makanan, BB setelah sakit(76 kg), TB=170 cm, IMT=26.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Plannning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Kamis, 13 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB Mengkaji adanya alergi makanan dengan hasil pasien tidak ada alergi makanan.

Pukul 10.30 WIB Mengobservasi adanya mual muntah pada pasien dengan hasil mual muntah tidak ada.

Pukul 10.40 WIB Menganjurkan pasien menghabiskan diit dengan hasil pasien menghabiskan ½ porsi makanan.

Evaluasi Kamis, 13 Februari 2020

Diagnosa kelima subjektif: Pasien mengatakan tidak nafsu makan.

Objektif: pasien tampak menghabiskan ½ porsi makanan, BB setelah sakit (76 kg), TB=170 cm, IMT=26.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planing: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Jumat, 14 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB Mengkaji adanya alergi makanan dengan hasil pasien tidak ada alergi makanan.

Pukul 10.00 WIB

Pukul 10.30 WIB Mengobservasi adanya mual muntah pada pasien dengan hasil mual muntah tidak ada.

Pukul 10.40 WIB Menganjurkan pasien menghabiskan diit dengan hasil pasien menghabiskan 2/3 porsi makanan.

Evaluasi Jumat, 14 Februari 2020

Diagnosa kelima subjektif: Pasien mengatakan tidak nafsu makan.

Objektif: pasien tampak menghabiskan 2/3 porsi makanan, BB setelah sakit (76 kg), TB=170 cm, IMT=26.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planing: Lanjutkan semua intervensi.

6. Gangguan eliminasi : urine berhubungan dengan gangguan infiltrasi ginjal.

Data Subjektif :

Pasien mengatakan BAK tidak lancar, hanya menetes sejak sore, berbau tidak sedap, tidak berdarah.

Data Objektif :

Pasien tampak terpasang dower kateter urin.

Intake : Infus oral=500cc, oral=900cc. Output : Urine=610cc, IWL=780cc.

BC=1.400-1.390=+10

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan cairan pasien kembali balance atau terpenuhi.

Kriteria hasil :

- a. Balance cairan normal

- b. Tidak ada udem
- c. TD dalam batas normal (90/60-120/80 mmHg)

Rencana Tindakan :

- 1) Monitor TTV setiap shift.
- 2) Mengkaji pitting edema.
- 3) Monitor balance cairan per shift.
- 4) Memonitor hasil Hb, Hematokrit, Ureum, Creatinin.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. PENGKAJIAN

Menurut Aspiani (2017) pengkajian pada pasien kanker serviks biasanya terjadi pada rentang usia 35 tahun, namun pada kasus ini pasien berusia 30 tahun. Pada karya tulis ini terdapat kesenjangan umur antara teori dan kasus, menurut hasil analisa penulis kenapa pada pasien yang baru berusia 30 tahun sudah mengalami kanker serviks karena dari hasil wawancara dengan keluarga pasien, keluarga pasien mengatakan pasien sedari muda suka mengkonsumsi makanan cepat saji, dan menstruasi yang tidak teratur sedari muda, keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien belum pernah melakukan imunisasi HPV, dan keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien belum pernah melakukan pemeriksaan Pap Smear sebelum didiagnosa kanker serviks. Pada tinjauan teori keluhan utama yang dirasakan pada pasien dengan kanker serviks adalah keputihan yang semakin lama semakin banyak dan berbau busuk, namun pada kasus keluhan utama yang dirasakan oleh pasien adalah BAK yang sedikit hanya merembas saja, dan nyeri di bagian abdomen.

Pada teori di riwayat penyakit keluarga dikaji apakah ada keluarga yang mengalami penyakit keturunan seperti DM (Diabetes Mellitus), hipertensi, jantung, penyakit kelainan darah dan riwayat kelahiran kembar dan riwayat penyakit mental, namun pada kasus nenek dari pasien mengalami diabetes mellitus, kakek pasien mengalami tumor mata. Persamaan antara teori dan kasus sesuai karena pada kasus ada riwayat keluarga pasien yang mengalami Diabetes Mellitus. Kemudian pada teori menurut Aspiani (2017) riwayat obstetric yaitu keadaan haid yang dialami oleh pasien dengan kanker serviks biasanya terjadi setelah *menarche* atau haid pertama, pada kasus ini pasien mengalami kanker serviks di usia 30 tahun dan sudah mengalami *menarche*. Pada pengkajian riwayat kehamilan dan persalinan menurut teori pasien dengan kanker serviks dikaji jumlah kehamilan dan anak yang hidup mempengaruhi psikologi pasien, sedangkan pada kasus ini jumlah persalinan yang dialami pasien adalah sebanyak 2 kali dan kedua anaknya juga masih dalam keadaan sehat sampai sekarang.

Kemudian pada teori menurut Aspiani (2017) pengkajian respirasi pada pasien dengan kanker serviks ialah respirasi bisa meningkat atau menurun, dan pada kasus ini respirasi pada pasien meningkat sehingga pasien harus menggunakan oksigen supaya tidak sesak. Pada pengkajian pola nutrisi menurut teori pasien dengan kanker serviks yang sudah mengalami pengobatan irradiasi dan kemoterapi biasanya mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi karena adanya penurunan nafsu makan, dan pada kasus ini pasien yang dikaji tidak nafsu makan jadi antara teori dan kasus sudah sesuai.

Pada kasus ini eliminasi yang dialami oleh pasien terganggu terutama BAK pasien yang hanya menetes saja, tetapi pada teori eliminasi pasien tidak mengalami perubahan kecuali bila kanker sudah pada stadium lanjut. Persamaan dari kasus dan teori ini ialah gangguan eliminasi yaitu BAK karena pasien sudah masuk stadium IIIB. Kemudian pada pengkajian istirahat dan tidur menurut teori pasien yang mengalami kanker serviks biasanya mengalami gangguan tidur karena ketidaknyamanan yang dirasakan, pada kasus ini pasien yang dikaji tidur pada siang hari namun hanya sebentar. Pada pengkajian temperature dan sirkulasi menurut teori pasien dengan kanker serviks biasanya tidak mengalami gangguan temperature tubuh, namun jika sudah masuk stadium lanjut denyut jantung dan tekanan darahnya terganggu dan pada kasus ini pasien yang dikaji tekanan darahnya selalu tinggi jadi teori dan kasus sudah sesuai.

Pada pengkajian aktivitas menurut teori pasien kanker serviks aktivitasnya terganggu karena keadaannya yang semakin lemah, pada kasus ini pasien yang dikaji juga mengalami gangguan aktivitas karena keadaannya yang semakin lemah diakibatkan oleh proses penyakit. Pada pengkajian kebutuhan berpakaian menurut teori pasien dengan kanker serviks tidak mengalami gangguan kecuali pasien yang mengalami post operasi akan mengalami gangguan dalam berpakaian, pada kasus ini pasien yang dikaji perlu mendapat bantuan karena keadaannya yang lemah. Pada pengkajian sosialisasi menurut teori pada pasien dengan kanker serviks yang perlu dikaji adalah factor stress seperti pekerjaannya, keuangan dan perubahan peran dan cara mengatasi stress apakah dengan cara merokok, minum alkohol dan lain-lain, namun pada kasus ini pasien yang dikaji terganggu dalam

memenuhi kebutuhan sehari-hari dan perubahan peran dalam rumah tangga sebagai seorang ibu yang seharusnya menemani anak-anak dalam belajar ataupun beraktifitas.

Pada teori menurut Aspiani (2017) pemeriksaan TTV yang dilakukan pada pasien dengan kanker serviks adalah nadi meningkat, pernapasan meningkat dan tekanan darah juga meningkat, pada kasus ini pasien yang dikaji mengalami kenaikan tekanan darah, nadi dan pernapasan. Kemudian menurut teori pengkajian pada wajah pasien dengan kanker serviks ialah apakah warna kulitnya pucat, dan pada kasus ini pasien yang dikaji warna kulitnya juga pucat jadi antara teori dan kasus sudah sesuai. Pada pengkajian mata menurut teori konjungtiva pasien dengan kanker serviks adalah anemis atau tidak, pada kasus ini pasien yang dikaji konjungtivanya mengalami anemis atau pucat. Kemudian pada pengkajian integument menurut teori dengan pasien kanker serviks apakah warna kulitnya pucat, turgor kulitnya elastis atau tidak dan tekstur kulitnya, pada kasus ini pasien yang dikaji turgor kulitnya elastis namun warna kulitnya pucat dan teksturnya agak kering. Pada pengkajian abdomen menurut teori pasien dengan kanker serviks ukuran, nyeri tekan dan apakah teraba massa pada abdomen pasien, pada kasus ini ukuran abdomen yang dikaji adalah 80 cm dan pasien mengalami nyeri pada bagian abdomen yang terasa hilang timbul. Pada pengkajian vagian menurut teori pada pasien dengan kanker serviks biasanya terdapat perdarahan atau bercak pada vagina, keluar rebas-rebas vagina, dan terdapat purulent, pada kasus ini pasien yang dikaji vagina pasien terdapat purulent yang baunya busuk dan juga keluar rebas-rebas pada vagina.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diangkat oleh penulis pada kasus ini terdapat 5 diagnosa yaitu pola nafas tidak efektif, kelebihan volume cairan berhubungan gangguan mekanisme regulasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan metabolisme, nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis. Infeksi, iskemia, neoplasma). Diagnosa prioritas yang diangkat oleh penulis adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri di bagian abdomen.

Pada kasus ini diagnosa kedua yang diangkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik karena nyeri yang dialami pasien berada pada skala 5 yang menggunakan pengukuran (*Numeric Scale*), nyeri yang dirasakan seperti nyeri tekan dan hilang timbul waktu nyeri yang dirasakan berkisar 5 menit, nyeri yang dirasakan oleh pasien di bagian abdomen.

Pada diagnose ketiga penulis mengangkat hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan metabolisme, alasan penulis mengangkat diagnose tersebut adalah karena pasien dalam beraktivitas perlu dibantu oleh keluarga karena keadaan pasien yang semakin menurun dan lemas karena proses penyakit yang dialaminya. Keluarga berusaha mendekatkan barang-barang yang diperlukan pasien supaya lebih mudah diambil jika sewaktu-waktu pasien membutuhkan dan keluarga nya sedang tidak ada di dekat pasien.

Pada diagnose keempat penulis mengangkat gangguan rasa nyaman : ansietas berhubungan dengan gejala terkait penyakit pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan cemas dengan penyakit yang dideritanya dan pasien merasa butuh teman atau keluarga yang mendampingi selama dirawat di rumah sakit untuk saling bertukar cerita tentang perasaan yang dialaminya selama sakit dan dirawat di rumah sakit.

Pada diagnose kelima penulis mengangkat resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makan alasannya adalah karena pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan sebanyak 2 kg, sebelum sakit berat badan pasien 78 kg dan pada saat masuk rumah sakit di timbang di IGD rumah sakit berat badan nya 76 kg, kemudian IMT pasien yaitu 26. Dan pada saat pengkajian pasien tampak tidak menghabiskan 1 porsi makanan hanya ½ porsi saja, karena pasien tidak nafsu makan.

Pada diagnose keenam penulis mengangkat gangguan eliminasi : urine berhubungan dengan gangguan infiltrasi ginjal karena pada saat dilakukan pengkajian pasien mengalami udem dan pasien sudah dilakukan tindakan hemodialisa.

Faktor pendukung dalam penyusunan diagnose keperawatan dalam karya tulis ilmiah ini adalah terbantunya teori yang sudah dibaca oleh penulis sebelumnya dan sumber-sumber

buku yang lainnya yaitu seperti buku diagnose keperawatan NANDA yang dipakai oleh penulis sebagai acuan penyusunan diagnose.

Faktor penghambat dalam penyusunan diagnose keperawatan dalam karya tulis ilmiah ini adalah keluhan yang dirasakan pasien ada beberapa yang berbeda dengan teori, karena itu penulis harus lebih teliti lagi dalam mengkaji keluhan pasien yang dirasakan. Penulis harus lebih banyak lagi membaca teori yang sesuai dengan kasus yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

C. Intervensi Keperawatan

Diagnosa prioritas yang diangkat penulis adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri bagian abdomen kuadran suprapubik/hypogastrik dan intervensi yang direncanakan adalah berikan posisi semi fowler, pertahankan jalan nafas yang paten , monitor aliran oksigen, monitor frekuensi pernafasan, monitor pola nafas abnormal, monitor (CRT), monitor suara nafas. Dari intervensi yang direncanakan oleh penulis tidak sesuai dengan teori karena pada teori tidak ada diagnose tersebut namun pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak dan menggunakan oksigen, pasien juga tampak berbaring lemah dan tidak bisa beraktivitas. Dari data yang dikaji oleh penulis RR pasien meningkat, tekanan darah pasien meningkat, dan nadi pasien juga meningkat, jadi penulis mengangkat diagnose tersebut menjadi prioritas, karena yang dikeluhkan utama pasien adalah sesak.

Pada perencanaan diagnose kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik perencanaannya adalah monitor TTV setiap shift, identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, identifikasi factor yang memperberat nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan terapi Pethidine (extra) drip melalui injeksi. Alasan penulis mengambil diagnose ini adalah karena pasien mengeluh nyeri di bagian abdomen karena pasien menggunakan kateter pada saat dirawat dan pasien juga menjalani hemodialisa. Pada teori terdapat diagnose ini dan perencanaan yang dibuat penulis juga sudah sesuai dengan teori.

Pada perencanaan diagnose ketiga yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan metabolisme perencanaannya adalah kaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi, dekatkan alat-alat yang dibutuhkan pasien, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (makan, ke toilet), libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien, motivasi pasien untuk mobilisasi bertahap. Alasan penulis mengambil diagnose ini adalah karena pada saat pengkajian pasien mengeluh lemas dan pasien tampak berbaring di tempat tidur dan pasien tampak dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktifitas. Sedangkan pada teori tidak ada diagnose hambatan mobilitas fisik yang ada adalah kelelahan berhubungan dengan hemoglobin yang rendah, penulis tidak mengambil diagnose tersebut karena penulis mengambil diagnose pada buku NANDA.

Pada perencanaan diagnose keempat yaitu gangguan rasa nyaman : ansietas berhubungan dengan gejala terkait penyakit adalah mengobservasi nada dan rr pasien setiap shift, libatkan keluarga pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien, dan perawat juga membuat perencanaan untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien jika tidak ada keluarga yang menemani.

Pada perencanaan diagnose kelima yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makan perencanaannya adalah kaji adanya alergi makanan, anjurkan pasien menghabiskan diit, observasi adanya mual dan muntah, timbang berat badan setiap hari. Alasan penulis mengambil diagnose ini karena pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak nafsu makan dan makanan yang disediakan hanya menghabiskan ½ porsi saja, karena pasien mengeluh sesak dan nyeri jadi tidak nafsu makan. Kasus ini sesuai dengan teori hanya berbeda di berhubungan dengannya saja jika dalam teori berhubungan dengan mual muntah sedangkan pada kasus pasien tidak mengeluh mual muntah.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang sudah dilakukan penulis sudah sesuai namun pada diagnose prioritas tidak sesuai dengan teori karena keluhan yang dirasakan pasien pada saat pengkajian berbeda. Pada implementasi yang lain sudah sesuai dengan teori seperti diagnose nyeri akut

dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena sesuai yang dirasakan pasien pada saat pengkajian.

Implementasi pada diagnosa prioritas tidak sesuai dengan teori sedangkan pada diagnose nyeri akut implementasi yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai hanya saja kata-katanya saja yang dirubah menjadi bahasa yang mudah dimengerti. Penulis juga melakukan implementasi selama 3x24 jam sesuai dengan teori dalam hal ini implementasi yang sudah dilakukan pada diagnose nyeri adalah mengkaji karakteristik nyeri dan skala nyeri yang dirasakan pasien. Sedangkan pada diagnose ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh factor yang berhubungan berbeda dengan teori karena pada teori terdapat mual muntah sedangkan pada pasien yang dikaji tidak terdapat mual muntah.

Faktor penghambat dalam pelaksanaan keperawatan ini adalah penulis sulit menyesuaikan tindakan keperawatan dengan teori yang ada karena beberapa diagnose berbeda dengan kasus ini atau keluhan yang dirasakan oleh pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Pada evaluasi keperawatan ini penulis membandingkan hasil akhir dengan pelaksanaan yang sudah dilakukan.

Evaluasi pada diagnose pertama adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri dibagian abdomen. Pasien mengatakan sudah tidak mengeluh sesak lagi di akhir evaluasi dan pasien sudah tidak terpasang oksigen lagi. Analisisnya adalah masalah sudah teratasi tujuan sudah tercapai dan planning nya adalah hentikan semua intervensi yang dilakukan.

Evaluasi pada diagnose kedua yaitu adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Pasien mengatakan masih merasakan nyeri namun sudah sedikit berkurang. Skala nyeri pasien berkurang dari 5 ke 4. Analisisnya adalah masalah belum teratasi tujuan belum tercapai. Planningnya adalah lanjutkan semua intervensi.

Evaluasi pada diagnose ketiga hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan metabolisme. Pasien mengatakan sudah mulai bisa melakukan aktivitas kecil tanpa dibantu oleh keluarga. Pasien tampak sudah bisa turun dari tempat tidur tanpa bantuan keluarga. Analisisnya adalah masalah sudah teratasi tujuan sudah tercapai. Planingnya hentikan semua intervensi.

Evaluasi pada diagnose keempat adalah pasien mengatakan cemas sudah sedikit berkurang karena ada keluarga yang menemani. Nadi dan RR pasien juga sudah dalam batas normal dan pasien juga sudah bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti ke toilet ataupun mengambil minum di meja.

Evaluasi pada diagnose kelima resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makan. Pasien mengatakan sudah mulai mau makan lebih banyak dari kemarin. Pasien tampak menghabiskan 2/3 porsi makanan yang disediakan. Analisisnya adalah masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai. Planingnya adalah lanjutkan semua intervensi

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. D dengan kanker serviks adalah penulis harus lebih mendalam lagi dalam mengkaji keluhan yang dirasakan pasien. Dari data yang sudah di dapat penulis keluhan yang dirasakan pasien sudah tergambar dan bisa menentukan diagnose keperawatan yang diangkat. Beberapa pengkajian menurut teori masih belum sesuai dengan kasus ini karena da beberapa yang tidak dikeluhkan psien sesuai dengan teori.

Diagnosa prioritas yang diangkat oleh penulis tidak sesuai dengan teori. Karena pada kasus ini pasien lebih mengeluh ke sesak nafas dan menggunakan oksigen. Sedangkan pada teori yang ada diagnose prioritas nya adalah nyeri akut namun penulis menaruh diagnose nyeri akut pada diagnose terakhir atau diagnose kelima.

Perencanaan yang ditulis oleh penulis ada sebagian yang sduah sesuai dengan teori, karena ada beberapa diagnose yang tidak sesuai dengan teori. Beberapa perencanaan yang ditulis ada yang sesuai dengan teori dan penulis merencanakan itu pada asuhan keperawatan pada Ny. D dengan kanker serviks.

Pelaksanaan kepetrawatan yang sudah dilaksanakan penulis sudah sesuai dengan yang direncanakan oleh penulis, namun tidak sesuai dengan teori yang ada karena kembali lagi diagnose prioritasnya juga tidak sesuai dengan teori.

Evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan penulis sudah sesuai dengan apa yang dilaksanakan, namun ada beberapa yang tidak ada dalam teori karena tidak sesuai pengkajian yang dilakukan penulis.

B. Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan membuat kesimpulan diatas. Penulis akan menuliskan saran sebagai berikut:

1. Bagi institusi untuk menambah buku referensi terkait pada kasus kanker serviks di bagian perpustakaan institusi agar mempermudah untuk mendapatkan referensi buku yang terbaru dalam menentukan asuhan keperawatan.
2. Bagi perawat yaitu perawat diharapkan untuk lebih kooperatif dan care dengan tim medis lainnya untuk memberikan asuhan yang optimal kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI. (2018). InfoDatin Tuberculosis. *Kementerian Kesehatan RI*, 1.

<https://www.depkes.go.id/article/view/18030500005/waspadai-peningkatan-penyakit-menular.html%0Ahttp://www.depkes.go.id/article/view/17070700004/program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga.html>

Utami, S. S. (2017). *ASPEK PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA KANKER PAYUDARA : Pendahuluan Metode*. 20(2), 65–74. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i2.503>