

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN DIAGNOSA
MEDIS CA SERVIKS + CKD + ANEMIA DI RUANG E2
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

ABUSIRI, S.Kep
NIM. 203.0001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN DIAGNOSA
MEDIS CA SERVIKS + CKD + ANEMIA DI RUANG E2
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners**



Oleh:

ABUSIRI, S.Kep
NIM. 203.0001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA 2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya menyatakan benar. Bila ditemukan adanya plagiarasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Juli 2021

Penulis



Abusiri, S.Kep
NIM. 203.0001

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah saya periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **Abusiri, S.kep**
NIM : **203.0001**
Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Diagnosa
Medis Ca Serviks + CKD + Anemia Di Ruang E2
RSPAL Dr. Ramelan Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya 23 Juli 2021

Pembimbing



Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03010

Mengetahui.

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Abusiri S.Kep
NIM : 203.0001
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa
Medis Ca Serviks + CKD + Anemia Di Ruang E2
Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah
Surabaya.

Penguji I : Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03067



Penguji II : Astrida Budiarti, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat
NIP. 03025



Penguji III : Puji Hastuti, M.Kep., Ns.
NIP. 03010



Mengetahui.

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2021

KATA PENGANTAR

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

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

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Ibu Purna Laksamana Pertama Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan motivasi dengan

wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

5. Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan arahan,saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., Sp.Mat selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh dosen dan staf karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.

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

Surabaya, 23 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
KARYA ILMIAH AKHIR	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR ISI TABEL.....	x
DARTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	3
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Ca Serrviks.....	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Patofisiologi	9
2.1.4 Klasifikasi.....	10
2.1.5 Tanda Dan Gejala.....	11
2.1.6 Manifestasi Klinis	12
2.1.7 Komplikasi	13
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	14
2.1.9 Penatalaksanaan.....	16
2.2 Konsep Dasar CKD	20
2.2.2 Definisi	20
2.2.3 Etiologi	20
2.2.4 Patofisiologis.....	21
2.2.5 Manifestasi Klinis	22
2.2.6 Komplikasi	24
2.2.7 Penatalaksanaan Medis	24
2.2.8 Pemeriksaan penunjang.....	25
2.3 Konsep Penyakit.....	26
2.3.1 Pengertian.....	26
2.3.2 Etiologi	27

2.3.3	Patofisiologi	27
2.3.4	Manifestasi klinis	27
2.3.5	Komplikasi	29
2.3.6	Penatalaksanaan.....	29
2.3.7	Pemeriksaan Penunjang.....	29
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	29
2.2.1	Pengkajian	29
2.2.2	Diagnosa keperawatan.....	32
2.2.3	Intervensi keperawatan.....	33
2.2.4	Implementasi	35
2.2.5	Evaluasi	36
2.2.6	Web of Coughton (Suddarth, 2014).....	37
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		38
3.1	Pengkajian	38
3.2	Analisa Data	48
3.3	Prioritas Masalah.....	51
3.4	Rencana Keperawatan	52
3.5	Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan	56
BAB 4 PEMBAHASAN		65
4.1.	Pengkajian	65
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	69
4.3	Perencanaan.....	71
4.4	Pelaksanaan	74
4.4	Evaluasi	77
BAB 5 PENUTUP.....		81
5.1	Simpulan.....	81
5.2	Saran.....	82
5.2.1	Bagi Pasien	83
5.2.2	Bagi perawat.....	83
5.2.3	Bagi Rumahsakit	83
5.2.4	Bagi Mahasiswa	83
DAFTAR PUSTAKA		84

DAFTAR ISI TABEL

Tabel 3.1.1 Terapi	39
Tabel 3.2 Analisa Data	40
Tabel 3.3 Prioritas Masalah.....	42
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan.....	46
Tabel 3.5 Implementasi.....	50

DARTAR GAMBAR

Gambar WOC.....	28
Gambar genogram.....	34

DAFTAR SINGKATAN

B.D	= Berhubungan dengan
BAB	= Buang air besar
BAK	= Buang air kecil
BB	= Berat badan
CKD	= Cronik Kidney Disease
DO	= Data objektif
DS	= Data subjektif
DX	= Diagnosa
GCS	= Glasgow coma scale
HB	= hemoglobin
HPV	= Human Papiloma Virus
IV	= Intra vena
IVA	= Inpeksi Visual Asam Asetat
KB	= keluarga berencana
MRI	= Magnetik Resonasi Imagine
MRS	= Masuk rumah sakit
N	= Nadi
RR	= Respiratory Rate
RS	= Rumah sakit
S	= Suhu
SMRS	= Sebelum masuk rumah sakit
TB	= Tinggi badan
TD	= Tekanan darah
TTV	= Tanda- tanda vital
WOC	= <i>Web Of Caution</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker serviks merupakan salah satu penyakit tidak menular yang dapat menyebabkan kematian di dunia. Penyakit ini menempati urutan ke empat dari seluruh kanker yang sering terjadi pada perempuan di dunia. Kanker servik adalah proses keganasan dimana sel-sel normal di daerah serviks mengalami pertumbuhan yang abnormal dan menyebabkan jaringan di tubuh tidak bisa berfungsi dengan baik (Herlana et al., 2017). Hal ini disebabkan oleh virus bernama Human Papilloma Virus (HPV) yang berada di area leher rahim (Meihartati, 2019). Kanker leher rahim atau lebih dikenal dengan kanker serviks merupakan penyebab kematian akibat kanker yang terbesar bagi wanita di negara-negara berkembang. (Redowati et al., 2021)

Pengobatan kemoterapi memiliki berbagai efek antara lain anemia. Anemia adalah turunannya hemoglobin (HB) dibawah nilai terendah. Sebagaimana diketahui hemoglobin orang normal 13 – 16 g%. Terjadinya anemia pada kanker serviks dikarenakan tidak cukupnya tempat di dalam sumsum tulang untuk membentuk eritrosit, karena rongga sumsum-sumsum tulang diisi oleh sel-sel karsinoma. Akibatnya, produksi eritrosit akan berkurang. (Sholeh, 2014).. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosa medis Kanker Serviks + Anemia + CKD, diantaranya nyeri kronis, perfusi perifer tidak efektif, hipovolemi, resiko infeksi dan intoleransi aktivitas

Kanker serviks termasuk masalah kesehatan yang sangat serius dan menjadi perhatian dunia. Setiap tahun, lebih dari 300.000 wanita meninggal dunia. Lebih dari setengah juta wanita di diagnosis dan tiap menit seorang wanita di

diagnosis. Kanker ini menempati urutan keempat yang paling banyak diderita wanita di dunia. Diperkirakan 570.000 kasus baru pada tahun 2018, mewakili 6,6 % dari semua kanker yang dialami wanita (WHO, 2019) Di Indonesia, kanker serviks menduduki urutan ke-2 dari 10 kanker terbanyak berdasarkan data dari Patologi Anatomi tahun 2010 dengan insidens sebesar 12,7%. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi kanker di Indonesia naik mencapai 1,79 per 1000 penduduk bila dibandingkan data Riskesdas tahun 2013 sebesar 1,4 per 1000 penduduk. Di Indonesia, kanker serviks menduduki urutan ke-2 dari 10 kanker terbanyak berdasarkan data dari Patologi Anatomi tahun 2010 dengan insidens sebesar 12,7%. kanker serviks sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2018). (Liasari Armaiyn, 2020)

Faktor dominan terjadinya kanker serviks seperti Infeksi HPV (Human Papilloma Virus), Usia Perkawinan, umur, Pil Kontrasepsi dan Penyebab yang pasti kanker serviks belum diketahui, tetapi penelitian akhir dari luar negeri mengatakan bahwa virus yang disebut HPV (Human Papilloma Virus) menyebabkan faktor risiko seorang wanita untuk terkena kanker serviks meningkat tajam. Dikatakan, para wanita dengan HPV tinggi, paling sedikit 30 kali lebih cenderung berisiko mengidap penyakit kanker serviks dibanding dengan wanita dengan HPV (Human Papilloma Virus). Dampak kanker serviks bisa terjadi akibat kanker yang semakin berkembang atau akibat pengobatan kanker serviks, seperti pendarahan akibat kanker yang menyebar ke vagina, usus, dan kandung kemih, nyeri hebat akibat kanker yang menyebar ke tulang, otot, dan ujung saraf

dan penumpukan urine di ginjal (hidronefrosis) yang bisa memicu gagal ginjal (Siti Meilan Simbolon1., 2019)

Berdasarkan uraian diatas sebagai upaya pencegahan kanker leher rahim, dapat dilakukan pemeriksaan skrining untuk deteksi dini dan pemberian vaksin HPV.. Menjalani tes kanker atau pra-kanker dianjurkan bagi semua perempuan berusia 30-50 tahun khususnya yang sudah melakukan hubungan seksual. Wanita yang termasuk dalam kelompok resiko tinggi yaitu mereka yang pertama kali melakukan hubungan seksual di usia muda (<20 tahun), (Wasita1 et al., 2021). upaya penanganan pendarahan pada penderita CA servik di lakukan penanganan Curet untuk membersihkan rahim agar pendarahan berhenti dan Kolaborasi pemberian obat anti pendarahan seperti Vit.K dan Kalnex.(Triana et al., 2018)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “ Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan kanker serviks di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ? “

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Kanker Serviks + CKD + Anemia Di Ruang E2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan kanker serviks + CKD + Anemia di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Melakukan analisis masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Kanker serviks + CKD + Anemia di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks + CKD + Anemia di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks + CKD + Anemia di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks + CKD + Anemia di ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability dan mortalitas pada pasien dengan kanker serviks .

2. Secara Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Kanker Serviks sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik

bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Serviks serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi keluarga dan klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit Kanker Serviks sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan post Kanker Serviks di rumah agar disability tidak berkepanjangan.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan Kanker Serviks sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
 - a. Bab 1 Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.
 - b. Bab 2 Tinjauan Pustaka: yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose Stroke Infark
 - c. Bab 3 Tinjauan Kasus : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan
 - d. Bab 4 Pembahasan : pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.
 - e. Bab 5 Simpulan dan Saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Ca Serrviks

2.1.1 Definisi

Kanker serviks adalah suatu proses keganasan yang terjadi pada leher rahim, sehingga jaringan di sekitarnya tidak dapat melaksanakan fungsi sebagaimana mestinya. Keadaan tersebut biasanya disertai dengan adanya perdarahan dan pengeluaran cairan vagina yang abnormal, penyakit ini dapat terjadi berulang-ulang. Kanker serviks dimulai dengan adanya suatu perubahan dari sel leher rahim normal menjadi sel abnormal yang kemudian membelah diri tanpa terkendali. Sel leher rahim yang abnormal ini dapat berkumpul menjadi tumor. Tumor yang terjadi dapat bersifat jinak ataupun ganas yang akan mengarah ke kanker dan dapat menyebar. (PNPK, 2017).

2.1.2 Etiologi

Menurut (CCI, 2017), penyebab terjadinya kelainan pada sel - sel serviks tidak diketahui secara pasti, tetapi terdapat beberapa faktor resiko yang berpengaruh terhadap terjadinya kanker serviks yaitu:

1. HPV (Human Papilloma Virus)

HPV adalah virus penyebab kutil genetalis (kandiloma akuminata) yang ditularkan melalui hubungan seksual. varian yang sangat berbahaya adalah hpv tipe 16, 18, 45, dan 56.

2. Merokok

Tembakau merusak sistem kekebalan dan mempengaruhi kemampuan tubuh untuk melawan infeksi hpv pada serviks.

3. Hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dini.
4. Berganti-ganti pasangan seksual.
5. Suami/pasangan seksualnya melakukan hubungan seksual pertama Pada usia di bawah 18 tahun, berganti - berganti pasangan dan Pernah menikah dengan wanita yang menderita kanker serviks.
6. Pemakaian DES (diethylstilbestrol) pada wanita hamil untuk Mencegah keguguran (banyak digunakan pada tahun 1940-1970).
7. Gangguan sistem kekebalan
8. Pemakaian pil KB.
9. Infeksi herpes genitalis atau infeksi klamidia menahun.
10. Golongan ekonomi lemah (karena tidak mampu melakukan pap Smear secara rutin).

2.1.3 Patofisiologi

Menurut (CCI, 2017), Puncak insedensi karsinoma insitu adalah usia 20 hingga usia 30 tahun. Faktor resiko mayor untuk kanker serviks adalah infeksi *Human Paipilloma Virus* (HPV) yang ditularkan secara seksual. Faktor resiko lain perkembangan kanker serviks adalah aktivitas seksual pada usia muda, paritas tinggi, jumlah pasangan seksual yang meningkat, status sosial ekonomi yang rendah dan merokok.

Karsinoma sel skuamosa biasanya muncul pada taut epitel skuamosa dan epitel kubus mukosa endoserviks (persambungan skuamokolumnar atau zona transformasi). Pada zona transformasi serviks memperlihatkan tidak normalnya sel progresif yang berakhir sebagai karsinoma servikal invasif. Displasia servikal dan karsinoma in situ atau *High-grade Squamous Intraepithelial Lesion* (HSIL)

mendahului karsinoma invasif. Karsinoma serviks terjadi bila tumor menginvasi epitelium masuk ke dalam stroma serviks. Kanker servikal menyebar luas secara langsung kedalam jaringan para servikal. Pertumbuhan yang berlangsung mengakibatkan lesi yang dapat dilihat dan terlibat lebih progresif pada jaringan servikal. Karsinoma servikal invasif dapat menginvasi atau meluas ke dinding vagina, ligamentum kardinale dan rongga endometrium. Invasi ke kelenjar getah bening dan pembuluh darah mengakibatkan metastase ke bagian tubuh yang jauh (Suddarth, 2014).

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi stadium kanker serviks menurut FIGO (*International Federation of Gynecologi*) dalam (PNPK, 2017)

Stadium 0	Karsinoma insitu, karsinoma intraepitel
Stadium I	Karsinoma masih terbatas pada daerah serviks (penyebaran ke korpus uteri diabaikan)
Stadium I A	Invasi kanker ke stroma hanya dapat didiagnosis secara mikroskopik. Lesi yang dapat dilihat secara makroskopik walau dengan invasi yang superficial dikelompokkan pada stadium IB
Stadium I A1	Invasi ke stroma dengan kedalaman tidak lebih 3 mm dan lebar horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I A2	Invasi ke stroma lebih dari 3 mm tapi kurang dari 5 mm dan perluasan horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I B	Lesi yang tampak terbatas pada serviks atau secara mikroskopik lesi lebih dari stadium I A2
Stadium I B1	Lesi yang tampak tidak lebih dari 4 cm dari dimensi terbesar.

Stadium I B2	Lesi yang tampak lebih dari 4 cm dari diameter terbesar
Stadium II	Tumor telah menginvasi di luar uterus, tetapi belum mengenai dinding panggul atau sepertiga distal/ bawah vagina
Stadium II A	Tanpa invasi ke parametrium
Stadium II B	Sudah menginvasi ke parametrium
Stadium III	Tumor telah meluas ke dinding panggul dan/ atau mengenai sepertiga bawah vagina dan/ atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal
Stadium III A	Tumor telah meluas ke sepertiga bagian bawah vagina dan tidak menginvasi ke parametrium tidak sampai dinding panggul
Stadium III B	Tumor telah meluas ke dinding panggul dan/ atau menyebabkan hidronefrosis atau tidak berfungsinya ginjal
Stadium IV	Tumor telah meluas ke luar organ reproduksi
Stadium IV A	Tumor menginvasi ke mukosa kandung kemih atau rectum dan/ atau keluar rongga panggul minor
Stadium IV B	Metastasis jauh penyakit mikroinvasif: invasi stroma dengan kedalaman 3 mm atau kurang dari membrane basalis epitel tanpa invasi ke rongga pembuluh darah/ limfe atau melekat dengan lesi kanker serviks.

2.1.5 Tanda Dan Gejala

Menurut (purwoastuti, 2015), gejala kanker leher rahim adala sebagai berikut:

1. Keputihan, makin lama makin berbau busuk.
2. Perdarahan setelah senggama yang kemudian berlanjut menjadi perdarahan abnormal, terjadi secara spontan walaupun tidak melakukan hubungan seksual.

3. Hilangnya nafsu makan dan berat badan yang terus menurun.
4. Nyeri tulang panggul dan tulang belakang.
5. Nyeri disekitar vagina
6. Nyeri abdomen atau nyeri pada punggung bawah
7. Nyeri pada anggota gerak (kaki).
8. Terjadi pembengkakan pada area kaki.
9. Sakit waktu hubungan seks.
10. Pada fase invasif dapat keluar cairan kekuning-kuningan, berbau dan bercampur dengan darah.
11. Anemia (kurang darah) karena perdarahan yang sering timbul.
12. Siklus menstruasi yang tidak teratur atau terjadi pendarahan diantara siklus haid.
13. Sering pusing dan sinkope.
14. Pada stadium lanjut, badan menjadi kurus kering karena kurang gizi, edema kaki, timbul iritasi kandung kencing dan poros usus besar bagian bawah (rectum), terbentuknya fistel vesikovaginal atau rectovaginal, atau timbul gejala-gejala akibat metastasis jauh.

2.1.6 Manifestasi Klinis

Kanker serviks pada stadium awal tidak menimbulkan gejala. Gejala akan muncul saat sel kanker serviks sudah menginvasi jaringan di sekitarnya. Berikut beberapa gejala yang mungkin muncul (Widyasih, 2020)

1. Perdarahan setelah senggama yang kemudian berlanjut menjadi perdarahan abnormal, terjadi secara spontan walaupun tidak melakukan hubungan seksual.

2. Keputihan, makin lama makin berbau busuk.
3. Hilangnya nafsu makan dan berat badan yang terus menurun.
4. Nyeri tulang panggul dan tulang belakang.
5. Nyeri disekitar vagina
6. Nyeri abdomen atau nyeri pada punggung bawah
7. Nyeri pada anggota gerak (kaki).
8. Terjadi pembengkakan pada area kaki
9. Sakit waktu hubungan seks.
10. Pada fase invasif dapat keluar cairan kekuning-kuningan, berbau dan bercampur dengan darah.
11. Anemia (kurang darah) karena perdarahan yang sering timbul.
12. Siklus menstruasi yang tidak teratur atau terjadi pendarahan diantara siklus haid.
13. Sering pusing dan sinkope.
14. Pada stadium lanjut, badan menjadi kurus kering karena kurang gizi, edema kaki, timbul iritasi kandung kencing dan poros usus besar bagian bawah (rectum), terbentuknya fistel vesikovaginal atau rectovaginal, atau timbul gejala-gejala akibat metastasis jauh

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi selama tindakan operasi bedah kanker serviks (CCI, 2017)

1. Kerusakan pembuluh darah utama akibat tindakan operasi yang menyebabkan perdarahan masif. Kondisi ini bisa mengancam keselamatan jiwa pasien.

2. Kerusakan pada kandung kemih, rektum, ureter (saluran dari ginjal ke kandung kemih), dan saraf. Pasien mungkin harus menjalani tindakan operasi lagi bila diperlukan.

Potensi efek samping yang merugikan pasca operasi. (CCI, 2017)

1. Sulit untuk buang air kecil
2. Edema (retensi cairan yang menyebabkan pembengkakan pada daerah yang terkena dampaknya) pada tungkai bagian bawah, mati rasa ringan di bagian paha
3. Getah bening terakumulasi di dalam rongga panggul sehingga menyebabkan limfotel (massa kistik berukuran besar yang berisi cairan limfatik) dan infeksi
4. Perdarahan atau hematotel (pengumpulan darah) di vagina, infeksi luka
5. Tidak bisa hamil

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Savitri, 2015), Preinvasive kanker serviks biasanya tanpa gejala dan sudah diderita selama $\pm 10-15$ tahun, pada tahap awal, kanker dapat terdeteksi selama prosedur skrining, namun sebagian besar perempuan memiliki kesadaran yang rendah untuk melakukan pemeriksaan baik melalui test paps smear maupun inspeksi visual dengan asam asetat (IVA).

Adapun pemeriksaan penunjang kanker serviks sebagai berikut menurut (CCI, 2017) :

1. IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) Sesuai dengan namanya, IVA merupakan pemeriksaan leher rahim (serviks) dengan cara melihat langsung (dengan mata telanjang) leher rahim setelah memulas leher rahim

dengan larutan asetat 3-5%. Apabila setelah pulasan terjadi perubahan warna asam asetat yaitu tampak bercak putih, maka kemungkinan ada kelainan tahap prakanker serviks. Jika tidak ada perubahan warna, maka dapat dianggap tidak ada infeksi pada serviks. Proses skrining dengan IVA merupakan pemeriksaan yang paling disarankan oleh Departemen Kesehatan. Salah satu pertimbangannya karena biayanya yang sangat murah. Namun perlu diingat, pemeriksaan ini dilakukan hanya untuk deteksi dini. Jika terlihat tanda yang mencurigakan, maka metode deteksi lainnya yang lebih lanjut harus segera dilakukan.

2. Pap Smear Metode tes Pap Smear yang umum, yaitu dokter menggunakan pengerik atau sikat untuk mengambil sedikit sampel sel-sel serviks atau leher rahim. Kemudian, sel-sel tersebut akan dianalisis di laboratorium. Pemeriksaan Pap smear dilakukan ketika wanita tidak sedang masa menstruasi. Waktu yang terbaik untuk skrining adalah antara 10 dan 20 hari setelah hari pertama masa menstruasi. Selama kira-kira dua hari sebelum pemeriksaan, seorang wanita sebaiknya menghindari douching atau penggunaan pembersih vagina, karena bahan-bahan ini dapat menghilangkan atau menyembunyikan sel-sel abnormal.
3. Thin Prep Metode thin prep akan memeriksa seluruh bagian serviks atau leher Rahim.
4. Kolposkopi Prosedur kolposkopi akan dilakukan dengan menggunakan alat yang dilengkapi lensa pembesar untuk mengamati bagian yang terinfeksi. Jika ada yang tidak normal, biopsy (pengambilan sejumlah kecil

jaringan dari tubuh) dilakukan untuk mengetahui apakah kanker sudah menyebar.

5. Tes darah : untuk memeriksa kondisi hati, ginjal, dan sumsum tulang.
6. Pemeriksaan organ panggul : rahim, vagina, rectum, dan kandung kemih akan diperiksa apakah terdapat kanker
7. CT scan: pemindaian kondisi tubuh bagian dalam dengan computer untuk mendapatkan gambar tiga dimensi. Berguna untuk melihat kanker yang tumbuh dan apakah kanker sudah menyebar ke bagian tubuh yang lain.
8. X-ray dada: untuk melihat apakah kanker sudah menyebar ke paru-paru.
9. MRI scan: pemindaian memakai medan magnet yang kuat dan gelombang radio menghasilkan gambar dari dalam tubuh. Berguna untuk melihat apakah kanker sudah menyebar dan seberapa jauh penyebarannya.
10. PET scan: jika digabungkan dengan CT scan, dapat melihat penyebaran kanker dan juga memeriksa respons seseorang terhadap pengobatan yang dilakukan.

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut (Savitri, 2015), Preinvasive kanker serviks biasanya tanpa gejala dan sudah diderita selama $\pm 10-15$ tahun, pada tahap awal, kanker dapat terdeteksi selama prosedur skrining, namun sebagian besar perempuan memiliki kesadaran yang rendah untuk melakukan pemeriksaan baik melalui test pap smear maupun inspeksi visual dengan asam asetat (IVA). Adapun pemeriksaan penunjang kanker serviks sebagai berikut menurut (CCI, 2017) :

1. Pembedahan atau operasi

Pembedahan merupakan pilihan untuk perempuan dengan kanker serviks stadium I dan II.

- a. Trakelektomi radikal (Radical Trachelectomy) Mengambil leher rahim, bagian dari vagina, dan kelenjar getah bening di panggul. Pilihan ini dilakukan untuk perempuan dengan tumor kecil yang ingin mencoba untuk hamil dikemudian hari.
- b. Histerektomi total : Mengangkat leher rahim dan rahim.
- c. Histerektomi radikal : Mengangkat leher rahim, beberapa jaringan di sekitar leher rahim, rahim, dan bagian dari vagina.
- d. Saluran telur dan ovarium : Mengangkat kedua saluran tuba dan ovarium. Pembedahan ini disebut salpingo-ooforektomi.
- e. Kelenjar getah bening : Mengambil kelenjar getah bening dekat tumor untuk melihat apakah mengandung leher rahim. Jika sel kanker telah histerektomy total dan radikal mencapai kelenjar getah bening, itu berarti penyakit ini mungkin telah menyebar ke bagian lain dari tubuh.

2. Radioterapi

Hal ini juga dapat digunakan setelah operasi untuk menghancurkan sel-sel kanker apa pun yang masih di daerah tersebut, Perempuan dengan kanker yang menyerang bagian selain kanker serviks mungkin perlu diterapi radiasi dan kemoterapi, Terapi radiasi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel kanker, Terapi ini mempengaruhi sel-sel di daerah yang diobati, Ada dua jenis terapi ini :

a. Terapi radiasi eksternal

Sebuah mesin besar akan mengarahkan radiasi pada panggul atau jaringan lain di mana kanker telah menyebar. Pengobatan biasanya diberikan di rumah sakit, Penderita mungkin menerima radiasi eksternal 5 hari seminggu selama beberapa minggu. Setiap pengobatan hanya memakan waktu beberapamenit.

b. Terapi radiasi internal

Sebuah tabung tipis yang ditempatkan di dalam vagina, Suatu zat radioaktif di masukkan ke dalam tabung tersebut. Penderita mungkin harus tinggal di rumah sakit sementara sumber radioaktif masih berada di tempatnya (sampai 3 hari).

Efek samping tergantung terutama pada seberapa banyak radiasi diberikan dan tubuh bagian mana yang di terapi radiasi pada perut dan panggul dapat menyebabkan mual, muntah, diare, atau masalah eliminasi. Penderita mungkin kehilangan rambut di daerah genital. Selain itu, kulit penderita di daerah yang dirawat menjadi merah, kering, dan tender.

3. Kemoterapi

Diberikan sebelum operasi untuk memperkecil ukuran kanker yang akan di operasi atau sesudah operasi untuk membersihkan sisa-sisa sel kanker, kadang dikombinasikan dengan terapi radiasi tapi kadang juga tidak. Kemoterapi ini biasanya diberikan dalam tablet/pil, suntikan, atau infus. Jadwal pemberian ada yang setiap hari, sekali seminggu atau bahkan sekali sebulan. Efek samping yang terjadi terutama tergantung pada jenis obato batan yang diberikan dan seberapa banyak. kemoterapi membunuh

sel-sel kanker yang tumbuh cepat, terapi juga dapat membahayakan sel-sel normal yang membelah dengan cepat, yaitu:

- a. Sel darah :Bila kemoterapi menurunkan kadar sel darah merah yang sehat, penderita akan lebih mudah terkena infeksi, mudah memar atau berdarah, dan merasa sangat lemah dan lelah.
- b. Sel-sel pada akar rambut : Kemoterapi dapat menyebabkan rambut rontok. Rambut penderita yang hilang akan tumbuh lagi, tetapi kemungkinan mengalami perubahan warna dan tekstur.
- c. Sel yang melapisi saluran pencernaan : Kemoterapi menurunkan nafsu makan, mual-mual dan muntah,diare, atau infeksi pada mulut dan bibir.

Efek samping lainnya termasuk ruam kulit, kesemutan atau mati rasa di tangan dan kaki, masalah pendengaran, kehilangan keseimbangan, nyeri sendi, atau kaki bengkak.

Penatalaksanaan Keperawatan (Savitri, 2015),

1. Pemberian edukasi dan informasi untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan mengurangi kecemasan serta ketakutan pasien.
2. Perawat mendukung kemampuan pasien dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesetahan dan mencegah komplikasi.
3. Perawat perlu mengidentifikasi bagaimana pasien dan pasangannya memandang kemampuan reproduksi wanita dan memaknai setiap hal yang berhubungan dengan kemampuan reproduksinya. Bagi sebagian wanita, masalah harga diri dan citra tubuh yang berat dapat muncul saat mereka tidak dapat lagi mempunyai anak. Pasangan mereka sering sekali

menunjukkan sikap yang sama, yang merendahkan wanita yang tidak dapat memberikan keturunan.

4. Apabila terdiagnosis menderita kanker, banyak wanita merasa hidupnya lebih terancam dan perasaan ini jauh lebih penting dibandingkan kehilangan kemampuan reproduksi. Intervensi keperawatan kemudian difokuskan untuk membantu pasien mengekspresikan rasa takut, membuat parameter harapan yang realistis, memperjelas nilai dan dukungan spiritual, meningkatkan kualitas sumber daya keluarga dan komunitas, dan menemukan kekuatan diri untuk menghadapi masalah.

2.2 Konsep Dasar CKD

2.2.2 Definisi

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia (Black & Hawk dalam Dwy Retno Sulystianingsih, 2018).

2.2.3 Etiologi

Gagal ginjal kronik terjadi setelah berbagai macam penyakit yang merusak nefron ginjal. Sebagian besar merupakan penyakit parenkim ginjal difus dan bilateral.

1. Infeksi, misalnya Pielonefritis kronik.
2. Penyakit peradangan, misalnya Glomerulonefritis.
3. Penyakit vaskuler hipertensif, misalnya Nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, stenosis arteri renalis.

4. Gangguan jaringan penyambung, seperti lupus eritematosus
5. sistemik (SLE), poli arteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif.
6. Gangguan kongenital dan herediter, misalnya Penyakit ginjal polistikistik, asidosis tubuler ginjal.
7. Penyakit metabolik, seperti DM, gout, hiperparatiroidisme, amiloidosis.
8. Nefropati toksik, misalnya Penyalahgunaan analgetik, nefropati timbale.
9. Nefropati obstruktif
10. Saluran Kemih bagian atas: Kalkuli neoplasma, fibrosis, netroperitoneal.
11. Saluran Kemih bagian bawah: Hipertrofi prostate, striktur uretra, anomali congenital pada leher kandung kemih dan uretra. (Ns. Diyah Candra Anita, 2020)

2.2.4 Patofisiologis

Penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (surviving nephrons) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokinin dan growth faktor. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, dan pada akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif – meski terkadang penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi (Nurani & Mariyanti, 2013)

Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron system (RAAS) intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiper filtrasi, sklerosis dan progresi itas tersebut. Aktivasi jangka panjang aksis RAAS,

sebagian diperantarai oleh transforming growth factor β (TGF- β). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresitas penyakit ginjal kronik adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia (Nurani & Mariyanti, 2013)

Terdapat variabilitas inter individual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial. Stadium yang paling dini dari penyakit ginjal kronik adalah terjadinya kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve). Secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum (Nurani & Mariyanti, 2013)

2.2.5 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis pada gagal ginjal kronik dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai organ koordinasi dalam peran sirkulasi memiliki fungsi yang banyak (organs multifunction), sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal akan mengakibatkan gangguan keseimbangan sirkulasi dan vasomotor. Berikut ini adalah tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh gagal ginjal kronik (Robinson, 2013 dalam Khanmohamadi, 2014) :

1. Kardiovaskuler umumnya timbul hipertensi, aritmia, kardiomyopati, uremia pericarditis, effuse pericardial (kemungkinan bisa terjadi tamponade jantung), gagal jantung.
2. Sistem respirasi umumnya timbul edema pulmonal, nyeri pleura, friction rub dan efusi pleura, crackles, sputum yang kental, uremia pleuritis dan uremia lung, dan sesak nafas.

3. Gastrointestinal umumnya menimbulkan inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi dan perdarahan gusi, dan dapat diikuti dengan parotitis, caofagotitis, gastritis, lesi pada usus halus/usus besar, dan pancreatitis. Kondisi ini umumnya menimbulkan anoreksia, nausea, dan vomiting
4. Integumen kulit kering, pucat, berwarna kekuning- kuningan ataupun kecoklatan, purpura, ekimosis, petechiae, serta tertimbunnya urea dibagian kulit.
5. Neurologis umumnya ditandai oleh adanya neuropati perifer, nyeri, gatal di lengan dan kaki, kram pada otot reflek kedutan, daya memori menurun, apatis, ngantuk yang berlebihan, pening. Berdasarkan EEG memperlihatkan adanya perubahan metabolik encephalopathy.
6. Endokrin umumnya ditandai dengan infertilitasi dan penurunan minat seks, berhentinya menstruasi pada perempuan, disfungsi ereksi, menurunnya sekresi pada sperma, meningkatnya sekresi hormon aldosterone, dan rusaknya metabolisme karbohidrat.
7. Hematologi biasanya mengakibatkan anemia, menurunnya waktu hidup sel darah merah trombositopenia (dampak dari dialisis) dan rusaknya platelet. Dampak yang terjadi pada sistem hematologi ditandai dengan munculnya perdarahan (purpura, ekimosis, dan petechiae).
8. Muskuloskeletal nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis dan klasifikasi.

2.2.6 Komplikasi

Berikut adalah komplikasi dari gagal ginjal kronik menurut (Vegas et al., 2016) adalah :

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.
2. Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak adekuat
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi system rennin-angiotensin aldosteron
4. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi toksin dan kehilangan darah selama hemodialisa
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah dan metabolisme vitamin D abnormal.
6. Asidosis metabolik
7. Osteodistropi ginjal
8. Sepsis
9. Neuropati perifer
10. Hiperuremia

2.2.7 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan awal gagal ginjal kronik dilakukan secara konservatif dengan pengaturan diet protein yang berfungsi untuk mencegah atau mengurangi azetomia, diet kalium untuk mencegah terjadinya hiperkalemia yang membahayakan pasien, diet kalori untuk menambah energi pasien gagal ginjal

yang sering mengalami malnutrisi dan pengaturan kebutuhan cairan, mineral, dan elektrolit berguna untuk mengurangi kelebihan beban sirkulasi dan intoksikasi cairan. Jika penanggulangan konservatif tidak lagi dapat mempertahankan fungsi ginjal maka dilakukan terapi pengganti ginjal yaitu hemodialisis yang merupakan penggunaan terapi pengganti ginjal terbanyak, CAPD dapat digunakan sebagai alternatif terapi dialis dan transplantasi ginjal pengobatan yang paling disukai untuk pasien gagal ginjal namun memerlukan dana yang mahal(Haryanti & Nisa, 2015)

Berikut adalah Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis Menurut (Vegas et al., 2016) diantaranya adalah :

1. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya
2. Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid (comorbid condition)
3. Memperlambat perburukkan fungsi ginjal.
4. Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskular
5. Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi
6. Terapi pengganti ginjal berupa dialysis atau transplantasi ginjal.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa gagal ginjal kronik (Prabowo, 2014 dalam Khanmohamadi, 2014) diantaranya :

1. Biokimiawi meliputi penurunan kadar hemoglobin, peningkatan kadar asam urat, hiper atau hipokalemia, hiponatremia, hiper atau hipokloremia, hiperfosfatemia, hipokalsemia, asidosis metabolik.
2. Urinalisis meliputi proteinuria, hematuria, leukosuria, cast, isosteinuria

3. Foto polos abdomen, bisa tampak batu radio opak.
4. Pielografi intravena jarang dikerjakan, karena kontras sering tidak bisa melewati filter glomerulus, di samping kekhawatiran terjadinya pengaruh toksik oleh kontras terhadap ginjal yang sudah mengalami kerusakan
5. Ultrasonografi Ginjal bisa memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks menipis, adanya hidronefrosis atau batu ginjal, kista, massa, kalsifikasi
6. liver function test(LFT) Penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, dan penurunan LFG yang dihitung menggunakan rumus Kockcroft – Gault. Kadar kreatinin serum saja tidak bisa dipergunakan untuk memperkirakan fungsi ginjal.

2.3 Konsep Dasar Anemia

2.3.1 Pengertian

Anemia adalah keadaan yang ditandai dengan berkurangnya hemoglobin dalam tubuh. Hemoglobin merupakan suatu metaloprotein yaitu protein yang mengandung zat besi di dalam sel darah merah yang berfungsi sebagai pengangkut oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh.(Fitriany & Saputri, 2018). Anemia merupakan kondisi yang banyak terjadi pada banyak orang, yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti status gizi, menstruasi dan sosial ekonomi. Anemia bisa menyebabkan seseorang mengalami penurunan daya tahan tubuh dan mengakibatkan tubuh mudah terkena masalah kesehatan.(Basith et al., 2017). Anemia dapat dipengaruhi beberapa faktor yaitu umur, pendidikan, status ekonomi, sehingga zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh tidak tercukupi.(Zahidatul Rizkah & Trias Mahmudiono, 2017)

2.3.2 Etiologi

Penyebab utama anemia di semua negara adalah defisiensi zat besi terutama negara berkembang, hal tersebut disebabkan karena asupan zat besi yang kurang,(Amanupunyo et al., 2018). Kasus anemia di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh kekurangan Fe sehingga disebut juga anemia defisiensi besi. Anemia defisiensi besi adalah anemia yang timbul akibat berkurangnya penyediaan besi untuk eritropoesis, karena cadangan besi kosong yang pada akhirnya mengakibatkan pembentukan hemoglobin berkurang. Prevalensi anemia bisa bervariasi berdasarkan usia, jenis kelamin dan kondisi fisiologis, patologis lingkungan sosial dan ekonomi, kebiasaan sarapan, demografi, Indeks Massa Tubuh (IMT) (Dhenok Citra Panyuluh, Priyadi Nugraha P, 2018)

2.3.3 Patofisiologi

Berdasarkan proses patofisiologi terjadinya anemia, dapat digolongkan pada tiga kelompok (Fitriany & Saputri, 2018)

1. Anemia akibat produksi sel darah merah yang berkurang atau gagal
2. Anemia akibat penghancuran sel darah merah
3. Anemia akibat kehilangan darah

2.3.4 Manifestasi Klinis

1. Gejala Umum Anemia

Gejala umum anemia disebut juga sebagai sindrom anemia (*anemic syndrome*) dijumpai pada anemia defisiensi besi apabila kadar hemoglobin kurang dari 7-8 g/dl. Gejala ini berupa badan lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, serta telinga mendenging. Anemia bersifat simptomatik jika hemoglobin

< 7 gr/dl, maka gejala-gejala dan tanda-tanda anemia akan jelas. Pada pemeriksaan fisik dijumpai pasien yang pucat, terutama pada konjungtiva dan jaringan di bawah kuku.

2. Gejala Khas Defisiensi Besi

Gejala yang khas dijumpai pada defisiensi besi, tetapi tidak dijumpai pada anemia jenis lain adalah :

- a. *Koilonychia*, yaitu kuku sendok (*spoon nail*), kuku menjadi rapuh, bergaris-garis vertikal dan menjadi cekung sehingga mirip sendok.
- b. Atrofi papil lidah, yaitu permukaan lidah menjadi licin dan mengkilap karena papil lidah menghilang.
- c. Stomatitis angularis (*cheilosis*), yaitu adanya peradangan pada sudut mulut sehingga tampak sebagai bercak berwarna pucat keputihan.
- d. Disfagia, yaitu nyeri menelan karena kerusakan epitel hipofaring.
- e. Sindrom Plummer Vinson atau disebut juga sindrom Paterson Kelly adalah kumpulan gejala yang terdiri dari anemia hipokromik mikrositer, atrofi papil lidah, dan disfagia.

3. Gejala penyakit dasar

Pada anemia defisiensi besi dapat dijumpai gejala-gejala penyakit yang menjadi penyebab anemia defisiensi besi tersebut. Misalnya pada anemia akibat cacing tambang dijumpai dispepsia, parotis membengkak, dan kulit telpak tangan berwarna kuning seperti jerami. Pada anemia karena pendarahan kronik akibat kanker kolon dijumpai gejala gangguan kebiasaan buang besar atau gejala lain tergantung dari lokasi tersebut. (Junita & Wulansari, 2021)

2.3.5 Komplikasi

Komplikasi pada anemia bisa menjadi komplikasi masalah pada jantung, seperti gangguan irama jantung (aritmia) dan gagal jantung. Gangguan pada paru-paru, misalnya hipertensi pulmonal. Komplikasi kehamilan, antara lain melahirkan prematur atau bayi terlahir dengan berat badan rendah.(Sari et al., 2017)

2.3.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien dengan anemia yaitu(Kandarini, 2017) :

1. Memperbaiki penyebab dasar seperti kekurangan zat besi
2. Suplemen nutrisi (vitamin B12, asam folat, besi)
3. Transfusi darah.

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang mendiagnosi anemia adalah tes hitung darah lengkap. Tes hitung darah lengkap atau complete blood count (CBC) dilakukan untuk mengetahui berapa jumlah, ukuran, volume, dan jumlah hemoglobin pada sel darah merah. Untuk mendiagnosis anemia, dokter mungkin akan memeriksa kadar sel darah merah dalam darah Anda (hematokrit) dan hemoglobin.(Junita & Wulansari, 2021).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas : Identitas pasien yang perlu dikaji antara lain :

seorang wanita yang berusia 30 – 60- tahun, perkawinan muda, jumlah anak, usia pernikahan. Wanita dengan aktivitas seksual dini, misalnya sebelum usia 16 tahun mempunyai risiko lebih tinggi karena lapisan dinding vagina dan

serviks belum terbentuk sempurna yang menyebabkan gampangya timbul lesi dan terjadi infeksi termasuk infeksi oleh virus HPV.

2. Keluhan Utama :

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien dengan kanker serviks adalah pertama, perdarahan per vagina (melalui vagina), perdarahan yang terjadi setelah melakukan hubungan seksual atau perdarahan spontan yang keluar di luar masa haid. Kedua, keputihan berulang tidak kunjung sembuh dan biasanya berbau, gatal, dan panas karena sudah ditumpangi oleh infeksi dari kuman, bakteri, atau jamur. Keluhan pada stadium lanjut nyeri (panggul, pinggang, dan tungkai), gangguan berkemih, nyeri di kandung kemih dan rectum atau anus (Widyasih, 2020).

3. Riwayat Obstetri yang lalu :

a. Keluhan Haid :

Perdarahan diantara periode regular menstruasi, periode menstruasi yang lebih lama dan lebih banyak dari biasanya.

b. Riwayat Kehamilan Dahulu :

Kehamilan yang terlalu sering. Pada wanita yang memiliki banyak anak, apalagi dengan jarak kelahiran yang terlalu dekat, berisiko tinggi terkena kanker serviks.

c. Riwayat Persalinan Dahulu :

Wanita yang sering melahirkan memiliki risiko lebih besar menderita kanker serviks, selain itu wanita yang melahirkan di usia muda juga memiliki risiko yang sama besar dengan wanita yang sering melahirkan

d. Riwayat Keluarga Berencana :

Adanya penggunaan kontrasepsi pil dalam jangka waktu yang lama. (Dedeh, 2015). Menurut Guven et al (2009), menyimpulkan hipotesis bahwa kekentalan lendir pada serviks akibat penggunaan pil KB berperan dalam terjadinya kanker serviks. Hal ini dikarenakan kekentalan lendir bisa memperlama keberadaan agen karsinogenik penyebab kanker berada di serviks. Fakta juga menunjukkan bahwa penggunaan pil KB dalam jangka waktu yang lama, setidaknya 5 tahun dengan peningkatan kejadian kanker serviks. (Widyasih, 2020)

e. Riwayat Keluarga :

Menurut (PNPK, 2017), Faktor internal yang bisa menyebabkan kanker adalah mutasi gen (baik karena diturunkan atau akibat metabolisme), hormone dan kondisi sistem imun seseorang.

f. Aktivitas sehari-hari :

- 1) Pola makan : anoreksia, vomiting.
- 2) Pola eliminasi : inkontinensia urine, alvi.
- 3) Pola aktivitas dan tidur terganggu, terasa nyeri.

g. Riwayat Psikososial Konsep diri, emosi, pola interaksi, mekanisme koping, mengingkari masalah, marah, perasaan putus asa, tidak berdaya, depresi atau bahkan memusuhi.

h. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : biasanya pasien tampak pucat, lemah.
- 2) Kepala dan leher : rambut rontok, rambut kering, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

- 3) Mata : konjungtiva anemis.
- 4) Thoraks : biasanya pada pasien kanker serviks tidak ada kelainan.
- 5) Abdomen : teraba massa bila sudah metastasis.
- 6) Genetalia : perdarahan pervagina, keputihan berbau tidak sedap, gangguan berkemih, nyeri di kandung kemih dan rectum/anus.
- 7) Ekstremitas : pembengkakan di beberapa anggota tubuh, seperti dipaha, betis, tangan, dan sebagainya.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

1. Nyeri Kronis (**SDKI, 2016, D.0078, Kategori : Psikologis, Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan**)
2. Resiko Perdarahan (**SDKI, 2016, D.0012, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Sirkulasi Hal 42**)
3. Perfusi Perifer Tidak Efektif (**SDKI, 2016 D0019, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Sirkulasi, Hal 37**)
4. Intoleransi Aktivitas (**SDKI, 2016 D0056, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Aktivitas/Istirahat, Hal 128**)
5. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (**SDKI, 2016 D0129, Kategori : Lingkungan, Subkategori : Keamanan dan Proteksi, Hal 282**)

2.2.3 Intervensi keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2016)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI) (PPNI, 2019)	Intervensi (SIKI) (PPNI, 2018)
1.	<p>Nyeri Kronis (SDKI, 2016, D.0078, Kategori : Psikologis, Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka tautan nyeri meningkat. Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat 4. Keluhan nyeri penggunaan analgesic menurun 5. Meringis menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola nafas membaik 	<p>Manajemen Nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 6. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Resiko Perdarahan (SDKI, 2016, D.0012, Kategori : Fisiologis, Subkategori :</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun Kriteria Hasil :</p>	<p>Resiko perdarahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin

	Sirkulasi Hal 42)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah membaik 2. Hemoglobin membaik 3. Hematocrit membaik 	<p>sebelum dan sesudah kehilangan darah</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pertahankan bedrest selama perdarahan 4. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan Vitamin K 5. Kolaborasi pemberian pengontrol obat pendarahan
3.	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI, 2016 D0019, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Sirkulasi, Hal 37)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal 2. Tidak ada ortostatik hipertensi 	<p>Periksa sirkulasi perifer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi 2. Monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas 3. Catat hasil lab Hb dan Ht 4. Lakukan hidrasi 5. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah 6. Kolaborasi pemberian tranfusi Darah
4.	<p>Intoleransi Aktivitas (SDKI, 2016 D0056, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Aktivitas/Istirahat, Hal 128)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Saturasi oksigen dalam 	<p>Aktivitas fisik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4. Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu

		<p>rentang normal</p> <p>3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit)</p> <p>4. Dispnea saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16-20 kali/menit)</p>	<p>5. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p> <p>6. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif</p> <p>7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
5.	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (SDKI, 2016 D0129, Kategori : Lingkungan, Subkategori : Keamanan dan Proteksi, Hal 282)</p>	<p>Setelah dilakukan yaitu tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan gangguan integritas kulit/ jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan membaik 2. Kemerahan menurun 3. Jaringan nekrosis menuru 	<p>Integritas kulit/jaringan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor warna dan suhu kulit 2. Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet 3. Periksa kulit dan selaput lendir terkait dengan adanya kemerahan, kehangatan ekstrim, edema dan drainase 4. Ajarkan diet makanan 5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkn asupan makanan

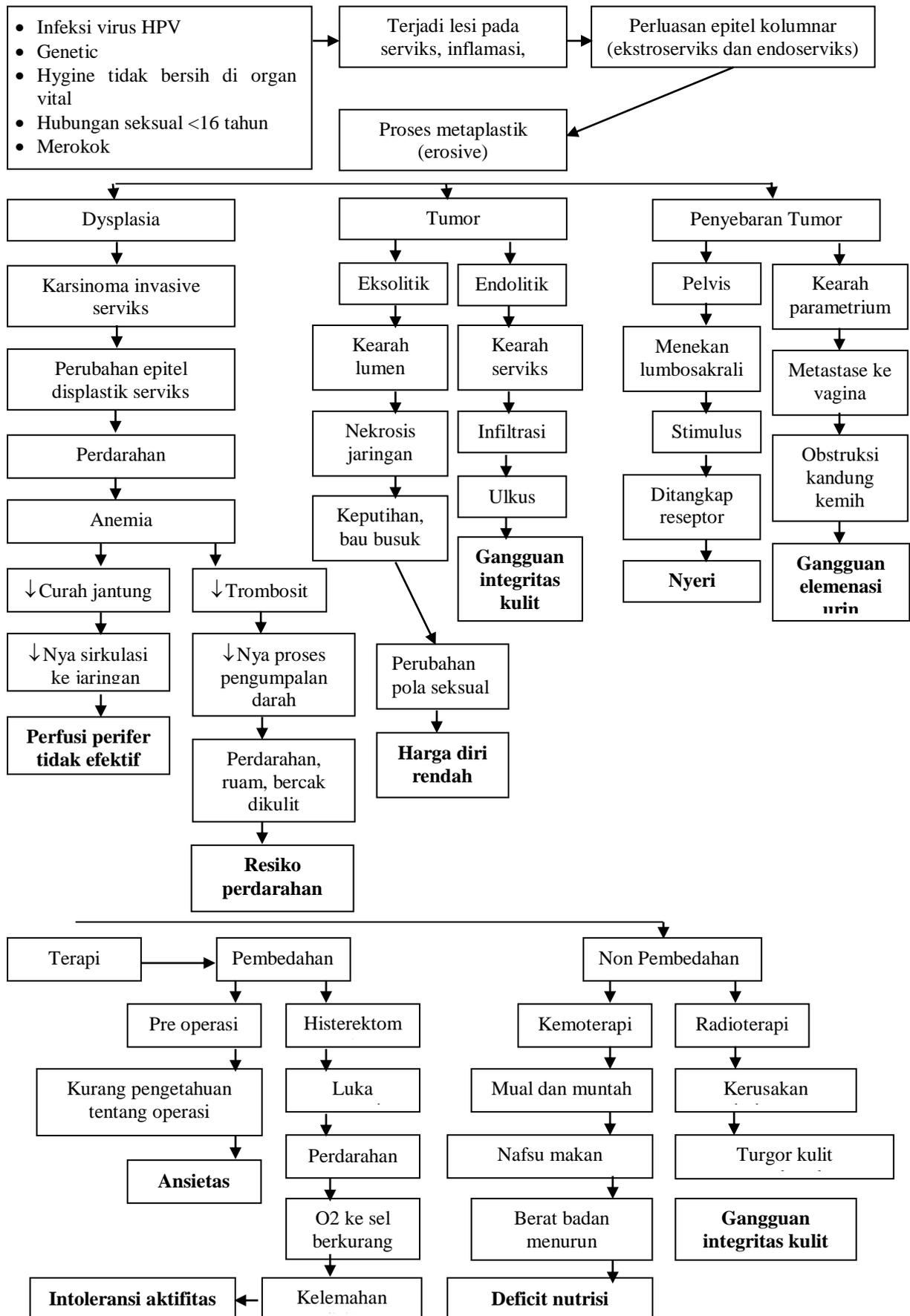
2.2.4 Implementasi

Keperawatan Tindakan untuk menjalankan rencana yang telah dibuat. Dengan demikian, implementasi hanya dapat dilakukan jika terdapat sebuah rencana (Nursalam, 2014).

2.2.5 Evaluasi

Kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan .

2.2.6 Web of Couston (Suddarth, 2014)



BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Pasien masuk RSPAL pada tanggal 18 Mei 2021 pada jam 03.00 dan di bawa keruang E2 kamar No 6c. Pengkajian di lakukan pada 18 Mei 2021 pada jam 10.30.

1. Identitas

Pasien bernama Ny.D berusia 42 bersuku bangsa jawa, agama Islam dengan pendidikan terakhir SMA bekerja sebagai ibu rumah tangga berdomisili di Sidoarjo. Suaminya Tn.s berusia 45 tahun bersuku bangsa Jawa, beragama Islam dengan pendidikan terakhir SMA sebagai pekerja Swasta berdomisili Sidoarjo.

2. Status Kesehatan Saat Ini

- a. Alasan kunjungan ke rumah sakit : pasien mengatakan datang ke RSPAL karena kondisi pasien lemah tidak sadarkan diri nyeri perut bagian bawah sampai pinggang, keluar darah pervaginam
- b. Keluhan utama saat ini : pasien mengatakan lemas nyeri perut bagian bawah sampai pinggang, keluar darah pervaginam
- c. Riwayat penyakit sekarang ;

Pasien mengatakan datang ke IGD tanggal 17-Mei-2021 jam 16.30 dengan keadaan umum lemah tidak sadarkan diri TD 109/70 Suhu : 35,9 Nadi : 78 SPO2: 99 % RR 20 x/menit selanjutnya pasien di pindah ke ruang E2 tanggal 18-Mei-2021 Jam 03.00 dengan keluhan nyeri gak bisa tidur dan pendarahan pervaginam, pada saat pengkajian 18-Mei-2021

didapatkan dengan keadaan umum lemah GCS 456 nyeri perut bagian bawah sampai pinggang dengan skala 6-7 TD: 107/76 Nadi : 117 x/menit suhu: 36.5 Spo2: 98% RR : 20 terpasang Kateter terdapat pendarahan pervaginam terpsang infus blood set tangan kiri dengan tranfusi PRC ke 1, Hb 4,4 g/dL BUN 88 mg/dL kreatinin 7.30 mg/dL. Pasien sudah sering masuk rumah sakit dengan keadaan lemah dan pendarahan pervagina pasien sudah pro kemoterapi dan pro HD

d. Riwayat penyakit dahulu :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi

e. Diagnosa medik : Ca serviks, CKD, Anemia

3. Riwayat Keperawatan

Riwayat Obstetri :

a. Riwayat menstruasi :

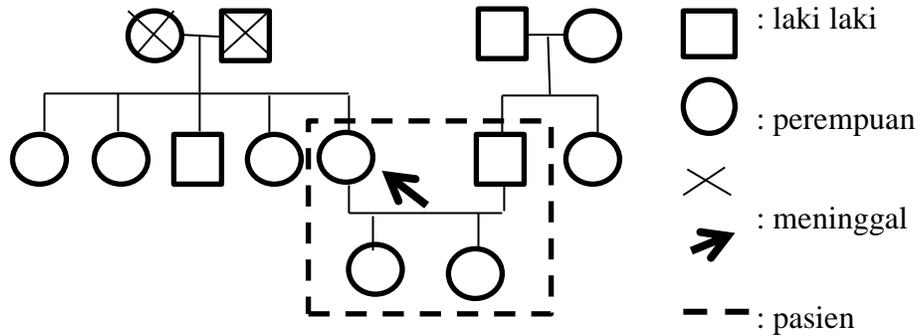
Pasien Menarche pada umur 12 tahun dengan siklus teratur banyaknya sehari bisa ganti softex 3x dan lamanya mentruasi 7 hari pasien mengatakan tidak ada keluhan

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas :

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	Pj
1	22 tahun	9 bulan	Tidak ada	normal	bidan	Tidak ada	-	-	-	p		
2	17 tahun	9 bulan	Tidak ada	normal	bidan	Tidak ada	-	-	-	p		

4. Genogram

Genogram (sesuai dengan penyakit)



5. Riwayat Keluarga Berencana :

Pasien mengatakan menggunakan KB, jenis kontrasepsi yang digunakan suntik selama 1 tahun setelah kelahiran anak pertama dan pindah ke pil selama 2 tahun, menggunakan kontrasepsi saat lahirnya anak pertama masalah yang terjadi tidak ada

6. Riwayat Kesehatan :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat Hipertensi sejak tahun 2013 dan pengobatan yang di dapatkan meminum obat amlodipine riwayat penyakit keluarga ayah memiliki riwayat penyakit jantung dan ibu pasien terkena tumor pada kandungan

7. Riwayat Lingkungan :

Pasien mengatakan lingkungan disekitar rumah bersih lingkungan disekitar rumah tidak ada yang membahayakan seperti pabrik dan tempat pembuangan sampah.

8. Aspek Psikososial :

Pasien mengatakan gelisah dengan keadaanya yang tidak kunjung sembuh, kondisi pasien saat ini sangat mempengaruhi kegiatan sehari-hari yang biasanya berangkat berjualan menjadi terbaring dirumah sakit. Harapan yang diinginkan pasien, agar segera sembuh dan tidak merasakan sakit, saat ini pasien tinggal dengan suami dan kedua anak kandung pertamanya di Sidoarjo. sikap anggota keluarga terhadap pasien sangat perhatian, keluarga pasien selalu menjaga di samping pasien

9. Kebutuhan Dasar Khusus :

a. Pola Nutrisi (dirumah)

Pasien mengatakan frekwensi makan dirumah saat sehat 3x sehari, nafsu makan baik, jenis makanan nasi, lauk pauk , sayuran dan makanan yang tidak disukai / alergi / pantangan tidak ada

b. Pola Nutrisi (di rumah sakit)

Pasien mengatakan frekwensi makan dirumah sakit 3 x sehari 2-3 sendok makan, nafsu makan menurun alasannya pasien merasa mual Jenis makanan rumah sakit nasi, lauk pauk, sayuran

c. Pola eliminasi (dirumah)

1) BAK

Pasien mengatakan buang air kecil 3-4 kali, urin berwarna kuning dan tidak ada keluhan saat buang air kecil

2) B A B

Pasien mengatakan tidak ada keluhan frekwensi 1x/hari bau khas konsistensi padat

d. Pola eliminasi (dirumah sakit)

1) BAK

Pasien mengatakan terpasang kateter dengan pendarahan pervaginam dengan frekwensi 200cc/3jam

2) BAB

Pasien mengatakan sulit buang air besar 1x/hari warna kecoklatan tua dengan bau khas dan konsistensi keras. Tidak lebih besar dari kelereng

e. Pola personal hygiene

Pasien mengatakan saat dirumah pasien mandi dua kali sehari menggunakan sabun, saat di rumah sakit pasien hanya mandi satu kali sehari. Pasien menggosok gigi dua kali sehari. Saat dirumah pasien mencuci rambut tiga kali sehari, saat dirumah sakit pasien belum mencuci rambut

f. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5-6 jam, kebiasaan sebelum tidur tidak ada. Pasien mengatakan susah tidur karena sering nyeri perut bagian bawah

g. Pola aktifitas dan latihan

Pasien bekerja ibu rumah tangga dan berjualan. Pasien tidak berolahraga. Saat waktu luang pasien berbaring di tempat tidur dan berkumpul dengan

suami, anak, Pasien mengatakan mudah lelah tidak seperti dulu.

h. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak pernah merokok dan minum minuman keras

10. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : lemah Kesadaran : compos mentis

Tekanan darah : 107/76 Nadi : 117x/menit

Respirasi : 20 Suhu : 36.5°C

Berat badan : 55 kg Tinggi badan : 150 cm

Kepala, mata kuping, hidung dan tenggorokan :

a. Kepala :

Bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada benjolan yang abnormal, warna rambut hitam, tidak rontok,

b. Mata :

Kelopak mata normal, gerakan mata simetris, konjungtiva anemis, sklera normal, pupil isokor, akomodasi kesegala arah, tidak ada keluhan.

c. Hidung :

Tidak ada reaksi alergi, tidak ada sinus, dan tidak ada keluhan.

d. Mulut dan Tenggorokan :

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, gigi tidak ada karies, gigi palsu, dan tidak menggunakan kawat gigi. Membrane mukosa pucat.

e. Dada dan Axilla :

Mammae membesar areolla mammae tidak terkaji papila mammae tidak terkaji

f. Pernafasan :

Jalan nafas bersih, tidak ada sumbatan, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, pasien mengatakan tidak ada keluhan

g. Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 117x / menit, irama jantung S1-S2 tunggal, kelainan bunyi jantung tidak ada, pasien tidak mengeluh nyeri dada, CRT > 2 detik, tidak ada keluhan

h. Abdomen

Terdapat bekas operasi apendiks, nyeri bagian perut bawah skala 6-7

i. Genitourinary

Perineum tidak ada luka, terdapat perdarahan pada pervaginam, terpasang kateter warna urine merah pendarahan 200cc/3jam

j. Ekstremitas (integumen/muskuloskeletal)

Turgor kulit elastis warna kulit kuning kecoklatan kontraktur pada persendian ekstremitas tidak ada, pergerakan lemah

11. Data Penunjang

a. Laboratorium :

Parameter	Result	Unit	Ref ranges
Darah lengkap			
Leukosit	13,12 (H)	10 ³ /ul	4,00-10,00
Eosinofil#	0,08	10 ³ /ul	0,02-0,50
Eosinofil%	0,60	%	0,5-5,0
Basofil#	0,03	10 ³ /ul	0,00-0,10
Basofil%	0,2	%	0,0-1,0
Neutrofil#	11,31 (H)	10 ³ /ul	2,00-7,00
Neutrofil%	86,20 (H)	%	50,0-70,0
Limfosit#	0,98	10 ³ /ul	0,80-4,00
Limfosit%	7,50 (L)	%	20,0-40,0
Monosit#	0,72	10 ³ /ul	0,12-1,20
Monosit%	5,50	%	3,0-12,0
Hemoglobin (HGB)	4,40 (LL)	g/dL	12-15
Hematokrit	12,70 (LL)	%	37,0-47,0
Eritrosit	1,51 (L)	10 ³ /ul	3,50-5,00
MCV	83,8	fL	80-100
MCH	29,2	Pg	26-34
MCHC	34,8	g/dL	32-36
RDW_CV	25,9 (H)	%	11,0-16,0
RDW_SD	80,5 (H)	fL	35,0-56,0
Trombosit	252,00	10 ³ /ul	120-450
MPV	8,4	fL	6,5-12,0
PDW	15,0	%	15-17
PCT	0,211 (L)	10 ³ /ul	1,08-2,82
P-LCC	38,0	10 ³ /ul	30-90
P-LCR	15,0	%	11,0-45,0
Kimia Klinik			
Glukosa Darah sewaktu	102	Mg/dL	74-106
Elektrolit & gas darah	131,3 (L)	meq/L	135-142
Natrium	2,97 (L)	Mmol/L	3,0-5,0
Kalium klorida	100,2	meq/L	95-100
Kimia Klinik			
Fungsil Ginjal			
Kreatinin	7,30 (H)	Mg/dL	0,6-1,5
BUN	88 (H)	Mg/dL	10-24

b. USG Urologi

Ginjal kanan kiri : besar sedikit membesar, batu (-), ectasis (+) Grade III. Echo cortex meningkat, batas echo cortex dan medula tidak jelas, terpasang DJ Stan kanan

Buli : ukuran normal, dinding menebal, Batu (-)

Uterus : ukuran normal, parenkim homogen, tampak gambaran massa servic ukuran 3,94 cm x 4,19 cm x 3,72cm volume 32,14 ml.

Kesan :

- 1) Choronic kidney disease billateral
- 2) Hidronefrosis grade III kanan kiri (kanan terpasang DJ Stand)
- 3) Infiltrasi massa ke buli
- 4) Massa servic

c. Foto thorax AP supine

Cor : besar dan bentuk normal

Pulmo :

- 1) Tak tampak infiltrate
- 2) Mulai tampak peningkatan bronchovascular pattern

Sinus phrenicocostalis kiri kanan tajam

Tampak terpasang CVC dengan ujung pada level VTh6

Kesimpulan ;

- 1) Tak tampak pneumonia
- 2) Mulai tampak peningkatan brochovascular pattern
- 3) Terpasang CVC dengan Ujung pada Level VTh6

d. Terapi yang didapat:

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Ketorolac Inj.	30 mg 3x1	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
Inj asam tranexamat	3x 500 mg	Obat yang digunakan untuk membantu menghentikan pendarahan
Inj Vit K	3 x 1 amp	Obat yang digunakan untuk mengatasi gangguan pendarahan akibat vitamin K
Tranfusi PRC	1 bag / hari	<ul style="list-style-type: none"> - Kehilangan darah akut, bila 20-30 total volume darah hilang dan pendarahan masih terus terjadi - Anemia berat - Syok septik (jika cairan iv tidak mampu mengatasi gangguan sirkulasi darah dan sebagian tambahan dari pemberian antibiotik)

3.2 Analisa Data

Nama klien : Ny. D

Ruangan / kamar : E2./6c.

Umur : 42 th

No. Register : 624308

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri bagian perut bawah dan pinggang</p> <p>P: Nyeri bagian perut bawah dan pinggang</p> <p>Q: Cekot-cekot</p> <p>R: Perut bagian bawah</p> <p>S: Skala nyeri 6-7 (1-10)</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien tampak menahan rasa sakit - Pasien tampak gelisah - Nadi 117 x/menit - Sulit tidur 	<p>Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</p>	<p>Nyeri Kronis (D.0078)</p>
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan lemas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat pendarahan pada kateter - Anemis 	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)</p>

3.	<ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit menurun - Hemogloin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15) - Hematokrit 12,70 (LL) % (37,0-47,0) <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan lemah, mual muntah nafsu makan menurun dan pendarahan pada kateter</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi meningkat 117 x mnt - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa kering - Hemogloin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15) - Hematokrit 12,70 (LL) % (37,0-47,0) 	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia (D.0023)
4.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan lemah, Nyeri perut bagian bawah dan pinggang, pendarahan pada kateter pervagina</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah 	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder	Resiko infeksi (0142)

5.	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pendarahan pada kateter - Hemoglobin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15) - Leukosit 13,12 (H) $10^3/\mu\text{l}$ (4,00-10,00) <p>DS : Pasien mengatakan lemah</p> <p>DO : Pasien terlihat lemas Nadi 117x mnt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15) - Hematokrit 12,70 (LL) % (37,0-47,0) <p>dst</p>	Kelemahan	Intoleransi aktivitas (D.0056)
----	--	-----------	--------------------------------

3.3 Prioritas Masalah

Nama klien : Ny. D

Ruangan / kamar : E2./6c.

Umur : 42 th

No. Register : 624308

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri kronis b.d agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0078) Perfusi perifer tidak efektif b.d	18-05-21	22-05-21	<i>Abi</i>
2	Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009) Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)	18-05-21	22-05-21	<i>Abi</i>
3	Resiko infeksi b.d	18-05-21	22-05-21	<i>Abi</i>
4	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (0142)	18-05-21	22-05-21	<i>Abi</i>
5	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	18-05-21	22-05-21	<i>Abi</i>

3.4 Rencana Keperawatan

Nama klien : Ny. D

Ruangan / kamar : E2./6c.

Umur : 42 th

No. Register : 624308

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi
1	Nyeri Kronis b.d agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0078)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil:</p> <p>Luaran Utama : Tingkat Nyeri (L.07214)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat 4. Keluhan nyeri penggunaan analgesic menurun 5. Meringis menurun 6. Frekuensi nadi 	<p>Manajemen Nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 6. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

		membalik	
2	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3.x24 jam diharapkan pendarahan pasien membaik dengan Kriteria Hasil: 1. Pendarahan vagina menurun 2. Hb dalam batas normal 3. Hematokrit dalam batas normal	Periksa sirkulasi perifer 1. Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi 2. Monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas 6. Catat hasil lab Hb dan Ht 7. Lakukan hidrasi 8. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah 9. Kolaborasi pemberian tranfusi Darah
3	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3.x24 jam diharapkan status cairan pasien meningkat dengan Kriteria Hasil: 1. Frekuensinadi membaik 2. Kadar HB meningkat 3. Kadar HT meningkat 4. Intake cairan meningkat	Intervensi Utama : manajemen hipovolemia : pemantauan cairan 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor waktu pengisian kapiler 4. Monitor intake dan output cairan 5. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi

			<p>nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>6. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>7. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
4	Resiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (0142)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi pasien membaik dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Intervensi utama : Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah , nadi(frekuensi, kekuatan irama) 2. Monitor pernafasan (frekuensi kedalaman) 3. Monitor tanda infeksi lokal dan sistemik 4. Identifikasi penyebab

			<p>perubahan vital</p> <p>5. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
4.	<p>Intoleransi Aktivitas (SDKI, 2016 D0056, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Aktivitas/Istirahat, Hal 128)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Saturasi oksigen dalam rentang normal 3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit) 4. Dispnea saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16-20 kali/menit) 	<p>Aktivitas fisik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4. Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu 5. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 6. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

3.5 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

Nama klien : Ny. D

Ruangan / kamar : E2./6c.

Umur : 42 th

No. Register : 624308

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1,2,3, 4	18-05-21 07.00	- Mengikuti timbang terima dengan perawat senior di ruang E2	<i>Sub</i>	18-05-21 11.30	Dx 1 : DS : Pasien mengatakan nyeri bagian perut bawah dan pinggang P : Nyeri bagian perut bawah dn pinggang Q : Cekot-cekot R : Perut bagian bawah S : Skala nyeri 6-7 (1-10) T : hilang timbul DO : - Pasien tampak meringis - Paisen tampak menahan rasa sakit - Pasien tampak gelisah	<i>Sub</i>
1,2,3, 4	07.45	- Menyiapkan obat injeksi	<i>Sub</i>			
1,2,3, 4	08.00	- Mengantarkan Pasien USG urologi untuk mendignosis seperti karsinoma pankreas, batu ginjal, neouplasma hepar	<i>Sub</i>			
2,3,	08.45	- Memberikan tranfusi PRC 1 bag / perhari pada pasien untuk meningkatkan HB	<i>Sub</i>			
1,2,3,	08.50	- Pengkajian pada pasien keluhan dan	<i>Sub</i>			

4 1,2,3, 4	09.00	kondisi pasien - Observasi TTV TD : 107/76 S : 117 N : 36,5 Spo2 : 98 RR :20	<i>Sub</i>	11.35	- Nadi 117 x/menit - Sulit tidur A : masalah belum teratasi P : intrvensi di lanjutkan Dx 2 DS : Pasien mengatakan lemas DO :	<i>Sub</i>
1,	09.05	- Mengidentifikasi karakteristik nyeri P: Nyeri bagian perut bawah dan pinggang Q: Cekot-cekot R: Perut bagian bawah S: Skala nyeri 6-7 (1-10) T: hilang timbul	<i>Sub</i>		- Terdapat pendarahan pada kateter - Anemis - Turgur kulit menurun - Hemoglobin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15) - Hematokrit 12,70 (LL) % (37,0-47,0) A : masalah belum teratasi	
2,3,4	09.10	- Mengidentifikasi mual muntah	<i>Sub</i>		P : intervensi di lanjutkan Dx 3	
1,2,3, 4	09.15	- Memposisikan pasien dengan nyaman	<i>Sub</i>	11.40	DS : Pasien mengatakan lemah mual muntah nafsu makan menurun dan pendarahan pada kateter	<i>Sub</i>
2,3,4	09.20	- Menganjurkan makan dihabiskan	<i>Sub</i>			

2,3,4	09.25	- Menganjurkan makan sedikit tapi sering	<i>Sub</i>		Do.	
1,2,3,4	09.30	- Mengganti tranfusi PRC dengan NS	<i>Sub</i>		- Frekuensi nadi meningkat 117 x mnt	
1,2,3,4	11.30	- Memberikan obat Inj asam tranexamat 3 x 500mg vit k 3x 1 ampul			- Nadi teraba lemah	
					- Turgor kulit menurun	
					- Membran mukosa kering	
					- Hemogloin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15)	
					- Hematokrit 12,70 (LL) % (37,0-47,0)	
					A : masalah belum teratasi	
					P : intervensi dilanjutkan	
					Dx 4	
				11.45	DS : Pasien mengatakan lemah, Nyeri perut bagian bawah dan pinggang, pendarahan pada kateter	<i>Sub</i>
					DO :	
					- Pasien tampak lemah	
					- Tampak pendarahan pada kateter	
					- Hemogloin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15)	

					- Leukosit 13,12 (H) $10^3/\text{ul}$ (4,00-10,00) A : masalah belum teratasi P : intervensi di lanjutkan	
1.2.3.4	20-05-21 11.30	Memberikan obat injeksi asam tranexamat 3 x 500mg vit k 3x 1 ampul	<i>Sub</i>	20-0521 16.00	Dx 1 : DS : Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang bagian perut bawah dan pinggang P: Nyeri bagian perut bawah dn pinggang Q: Cekot-cekot R: Perut bagian bawah S: Skala nyeri 4-5 (1-10) T: hilang timbul DO :	<i>Sub</i>
1,2,3,4	11.45	- Observasi TTV TD : 120/80 S : 88 N : 36,2 Spo2 : 98 RR :18	<i>Sub</i>			
1,2,3,4	14.00	- Mengikuti timbang terima				
1,2,3,4	14.45	- Pengkajian pada pasien perkembangan pasien keadaan umum pasien	<i>Sub</i>		- Pasien meringis menurun - Pasien tidak tampak gelisah - Nadi 88 x/menit - Sulit tidur	
1	14.50	- Mengajarkan teknik relaksasi tarik	<i>Sub</i>			

1,2,3,4	14.55	<p>napas dalam skala nyeri (4-5)</p> <p>- Menciptakan lingkungan dan posisi yang nyaman</p>	<i>Sub</i>	16.05	<p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intrvensi di lanjutkan</p> <p>Dx 2</p> <p>DS : Pasien mengatakan lemah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat pendarahan pada kateter - Anemis - Turgur kulit menurun - Hemogloin (HGB) 9,30 (L) g/dL (12-15) - Hematokrit 27,40 (L) % (37,0-47,0) <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <p>Dx 3</p>	<i>Sub</i>
2,3,4	15.00	- Memonitor intake dan output makan setengah porsi, BAB (-) BAK 300 cc	<i>Sub</i>			
2,3,4	15.05	- Menganjurkan makan dihabiskan	<i>Sub</i>			
2,3,4	15.10	- Menganjurkan makan sedikit tapi sering	<i>Sub</i>			
1,2,3,4	15.15	- Manganjurkan istirahat yang cukup	<i>Sub</i>			
1,2,3,4	15.20	- Memberikan dukungan dan motivasi	<i>Sub</i>	16.10	<p>DS : Pasien mengatakan lemah sedikit mual nafsu makan mulai membaik dan pendarahan pada kateter</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi meningkat 117 x mnt 	<i>Sub</i>

				16.15	<ul style="list-style-type: none"> - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa kering - Hemoglobin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15) - Hematokrit 27,40 (LL) % (37,0-47,0) <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 4</p> <p>DS : Pasien mengatakan lemah, Nyeri perut bagian bawah dan pinggang mulai berkurang, pendarahan pada kateter</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Tampak pendarahan pada kateter - Hemoglobin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15) - Leukosit 12,03 (H) $10^3/ul$ (4,00-10,00) 	<i>Sub</i>
--	--	--	--	-------	--	------------

					A : masalah teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan	
1,2,3, 4	22-05-21 07.00	- Mengikuti timbang terima	<i>Sub</i>	22-05-21 11.30	Dx 1 :	<i>Sub</i>
1,2,3, 4	08.30	- Pengkajian pada pasien	<i>Sub</i>		DS : Pasien mengatakan nyeri bagian perut bawah dan pinggang	
1,2,3, 4	08.35	- Observasi TTV TD : 122/87 S : 36,1 N : 82 Spo2 : 100 RR :20	<i>Sub</i>		P: Nyeri bagian perut bawah dn pinggang Q: Cekot-cekot R: Perut bagian bawah S: Skala nyeri 1-2 (1-10) T: hilang timbul DO :	
1	08.40	- Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik terapi musik dan teknik tarik nafas dalam) P: Nyeri bagian perut bawah dan pinggang menurun Q: Cekot-cekot R: Perut bagian bawah	<i>Sub</i> <i>Sub</i> <i>Sub</i>		- Pasien tidak tampak meringis - Pasien tidak tampak gelisah - Nadi 82 x/menit A : masalah teratasi P : intrvensi di lanjutkan Dx 2 DS :Pasien mengatakan lemas	<i>Sub</i>

		S: Skala nyeri 1-2 (1-10) T: hilang timbul	<i>Lab</i>		DO :	
2,3,4	08.45	- Menganjurkan makan dihabiskan	<i>Lab</i>		- Keadaan umum cukup	
2,3,4	08.50	- Makan sedikit tapi sering			- Terdapat pendarahan pada kateter	
2,3,4	08.55	- Memposisikan pasien dengan nyaman	<i>Lab</i>		- Turgur kulit mulai membaik	
2,3,4	09.00	- Mengantarkan pasien pasang bilumen dan lanjut foto thorax	<i>Lab</i>		- Hemogloin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15)	
1,2,3,4	10.30	- Memberikan obat injeksi asam tranexamat 3 x 500mg vit k 3x 1 ampul		11.40	- Leukosit 12,03 (H) 10 ³ /ul (4,00-10,00))	
2,3,4	11.20	- Memindahkan pasien ke HD untuk lakukan pembersihan darah			A : masalah teratasi sebagian	
					P : intervensi di lanjutkan	
					Dx 3	
					DS : Pasien mengatakan sudah tidak mual muntah nafsu makan membaik dan masih pendarahan pada kateter	<i>Lab</i>
					DO :	
					- Frekuensi nadi meningkat 82 x mnt	
					- Turgor kulit membaik	
					- Membran mukosa lembab	
					- Hemogloin (HGB) 9,30 (LL) g/dL	

				11.45	<p>(12-15)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leukosit 12,03 (H) $10^3/\text{ul}$ (4,00-10,00) <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 4</p> <p>DS : Pasien mengatakan masih pendarahan pada kateter</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum px cukup - Tampak pendarahan pada kateter - Hemogloin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15) - Leukosit 12,03 (H) $10^3/\text{ul}$ (4,00-10,00) <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p>	<i>Sub</i>
--	--	--	--	-------	--	------------

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesengajaan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan klien dengan Diagnosa CA Servik di ruangan E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. D. dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

1. Identitas

Data yang didapatkan, Ny D, berusia 42 tahun, ibu rumah tangga. Pada faktor terjadinya kanker serviks seperti Infeksi HPV (Human Papilloma Virus), Usia Perkawinan, umur, Pil Kontrasepsi dan Penyebab yang pasti kanker serviks belum diketahui, tetapi penelitian akhir dari luar negeri mengatakan bahwa virus yang disebut HPV (Human Papilloma Virus) menyebabkan faktor risiko seorang wanita untuk terkena kanker serviks meningkatkan tajam. Dikatakan, para wanita dengan HPV tinggi, paling sedikit 30 kali lebih cenderung berisiko mengidap penyakit kanker serviks dibanding dengan wanita dengan HPV (Human Papilloma Virus). Kanker. (Siti Meilan Simbolon1., 2019)

Berbeda dengan pendapat Trifitriana., et al (2020) yang mengatakan bahwa paritas merupakan salah satu aktivitas seksual yang menjadi faktor risiko terjadinya kanker seviks. Seorang ibu yang sering melahirkan dapat menyebabkan trauma pada jalan lahir dan dapat menimbulkan sel-sel abnormal pada mulut

rahim yang dapat berkembang menjadi keganasan. Penelitian yang dilakukan oleh Kusmiyati., et al (2019) juga mengatakan bahwa lamanya durasi pemakaian alat kontrasepsi hormonal pada akseptor KB memiliki pengaruh terhadap angka kejadian kanker serviks. Kejadian kanker serviks akan meningkat empat kali lebih besar pada akseptor KB yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal dengan durasi waktu lebih dari lima tahun. (Magdalena Eijer Ge'e, Adelina Lebuan, 2021)

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan faktor-faktor resiko, pada pasien Ny. D mempunyai resiko yang aktual untuk penderita penyakit kanker serviks.

2. Keluhan dan Riwayat

Penyakit Keluhan utama, pasien mengeluhkan lemas, nyeri perut bagian bawah sampai pinggang, tidak sadarkan diri, terdapat perdarahan pervaginam. Disebutkan bahwa gambaran klinis perdarahan per vagina (melalui vagina), perdarahan yang terjadi setelah melakukan hubungan seksual atau perdarahan spontan yang keluar di luar masa haid. Kedua, keputihan berulang tidak kunjung sembuh dan biasanya berbau, gatal, dan panas karena sudah ditumpangi oleh infeksi dari kuman, bakteri, atau jamur. Keluhan pada stadium lanjut nyeri (panggul, pinggang, dan tungkai), gangguan berkemih, nyeri di kandung kemih dan rectum atau anus (Widyasih, 2020).

Riwayat penyakit dahulu pasien mengatakan hipertensi untuk penyakit jantung koroner di sangkal oleh pasien. Tekanan darah tinggi membuat pembuluh darah bekerja terlalu keras karena aliran darah yang terlalu kuat. Kondisi ini dapat menyebabkan pembuluh darah rusak termasuk pembuluh darah yang ada pada

bagian ginjal. Arteri besar dan pembuluh darah kecil menuju ginjal dapat rusak. Kemudian secara perlahan ginjal mengalami penurunan fungsi dan menyebabkan banyak cairan limbah yang menumpuk pada ginjal. (Detty et al., 2018)

Pada penderita kanker serviks mengalami keluhan yang sama kelemahan, nyeri, dan pendarahan yang dapat terjadinya anemis, pada riwayat dahulu memiliki hipertensi yang dapat merusak ginjal karena aliran darah yang terlalu kuat, hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol diseluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan sklerosis dinding pembuluh darah. Sasaran utama adalah organ jantung, otak, ginjal.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa di pergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnose keperawatan yang aktual maupun yang masih resiko, adapun pemeriksaan dialkukan berdasarkan sistem seperti dibawah ini akan di jelaskan berdasarkan pada data kasus anantara lain :

Pada pemeriksaan bentuk kepala simetris, tidak adanya lesi, warna rambut hitam tidak rontok, Kelopak mata normal, gerakan mata simetris, konjungtiva anemis, sklera normal, pupil isokor, pada pemeriksaan hidung normal, Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, gigi tidak ada karies, gigi palsu, dan tidak menggunakan kawat gigi. Membrane mukosa pucat, biasanya pasien tampak pucat dan lemah, pada pemeriksaan kepala tampak rambut rontok dan rambut kering karena efek dari kemoterapi, konjungtiva anemis. (Dedeh, 2015)

a. Pernafasan :

Pengkajian pada pernafasan tidak di dapatkan adanya peningkatan frekuensi pernafasan, jalan nafas bersih, tidak ada sumbatan, suara nafas vesikuler, tidak

menggunakan otot bantu pernafasan, sehingga pada sistem pernafasan tidak didapatkan masalah yang signifikan untuk diangkat masalah keperawatan, kondisi ini bisa disebabkan karena kanker belum menyerang paru-paru sehingga upaya nafas tidak terhambat, apabila kanker serviks sudah menjalar pada paru-paru maka akan menimbulkan hambatan upaya nafas, syok hipovolemik, pneumonia aspirasi yang dapat menyebabkan kematian. (Siti Meilan Simbolon1., 2019)

b. Sirkulasi Jantung

Pada sistem kardiovaskulaer terdapat takikardi denyut apical 117x / menit, irama jantung S1-S2 tunggal, kelainan bunyi jantung tidak ada, pasien tidak mengeluh nyeri dada, CRT > 2 detik, tidak ada keluhan, pada pemeriksaan penunjang leukosit 13,12 (H), HB 4,40 (LL), hematokrit 12,70 (LL), ini menunjukkan bahwa ada kemungkinan infeksi yang terjadi, kebanyakan pasien kanker serviks banyak yang menderita dengan anemia, bisa juga hipertensi, jika Hypertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol diseluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan sklerosis dinding pembuluh darah. Sasaran utama adalah organ jantung, otak, ginjal, dan mata, ketika penderita mengalami serangan jantung maka aliran darah yang menuju jantung akan mengalami masalah atau bahkan ginjal tidak menerima darah dari jantung. Jika kondisi ini terus terjadi maka ginjal tidak dapat berfungsi dan terjadi penumpukan aliran limbah pada jantung. (Detty et al., 2018)

c. Abdomen

Kesenjangan pada pengkajian di tinjauan kasus penulisan pasien mengatakan sulit BAB dan hanya sebesar kelereng, pasien dengan kanker terutama dengan kanker stadium lanjut memiliki beberapa faktor yang menyebabkan konstipasi yaitu penggunaan analgesik opioid (opioid bekerja

dengan menurunkan peristaltik dan meningkatkan tonus spincter pada katup ileocaecal sehingga perjalanan usus menjadi pelan memungkinkan meningkatnya absorpsi cairan, juga dapat mengurangi sekresi cairan pada usus dan mengurangi sensitivitas rektum untuk diregang), berkurangnya intake makanan dan minuman, mobilitas yang berkurang, usia lanjut dan terkait kondisi keganasan dari kanker itu sendiri. Selain opioid, terdapat juga golongan obat yang dapat menyebabkan konstipasi seperti agen kemoterapi, anti kolinergik (antidepresan trisiklik, fenotiazin), kalsium atau aluminium yang mengandung antasida dan antiemetik.(Ambarwati & Wardani, 2015)

d. Genitourinary

Pada sistem perkemihan pada pasien terdapat pendarahan, terpasang kateter dengan urin tamping 200 cc warna kemerahan, nyeri bagian perut bawah, Perdarahan, keputihan dan nyeri merupakan gejala yang paling sering dikeluhkan oleh pasien kanker serviks. Perdarahan yang terjadi pada pasien kanker serviks disebabkan karena eksfoliasi jaringan kanker. Perdarahan pada stadium awal terjadi karena periksa dalam atau pasca koitus. Pada stadium lanjut perdarahan akan lebih banyak, dan dapat timbul hemoragi masif. Sedangkan keputihan yang encer seperti air berbau amis dan bersifat purulen disebabkan kerana iritasi oleh lesi kanker. Terakhir nyeri disebabkan oleh kontraksi uterus yang dikarenakan adanya penumpukan pus karena proses infeksi pada lesi kanker.(Adhistry, 2018)

4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Kronis b.d agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0078)

Rasa nyeri timbul pada bagian perut bawah dan punggung, dengan munculnya hilang timbul, diperberat oleh aktivitas fisik yang berat atau kecapekan, setelah kemoterapi selesai nyeri berkurang. Rasa nyeri dapat timbul akibat kanker serviks itu sendiri dan dapat juga karena pengobatan kemoterapi. Neurofisiologi nyeri pada kanker merupakan suatu hal yang kompleks yang meliputi mekanisme inflamatory, neuropathy, iskemik, dan kompresi termasuk faktor psikososial dan spiritual. Penggunaan obat opioid yang lama dapat meningkatkan toleransi, hiperalgesia, ketergantungan dan kecanduan. (Natosba et al., 2019)

2. Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)

Diagnosa keperawatan yang muncul pertama adalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan trauma post operasi. Secara umum perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (PPNI, 2017). Sedangkan menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan darah ke perifer yang dapat mengganggu metabolisme (Agustina et al., 2020)

3. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)

salah satu pengobatan kanker serviks adalah kemoterapi. Efek dari pengobatan kemoterapi adalah gangguan pada sumsum tulang sehingga penurunan konsentrasi hemoglobin sehingga mengakibatkan anemia dan suplai O₂ menjadi menurun.

4. Resiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (0142)

Kanker serviks mengalami pertumbuhan sel abnormal yang tidak terkendali yang mengakibatkan peningkatan kebutuhan metabolisme sel kanker sehingga mengambil bahan baku metabolisme dari jaringan sekitar, resiko infeksi merupakan keadaan dimana seseorang terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber – sumber eksternal atau eksogen dan endogen (Agustina et al., 2020)

5. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

Keluhan fisik yang timbul akibat kanker dapat menurunkan toleransi pasien terhadap berbagai aktivitas fisik, pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan lebih banyak menghabiskan waktu di tempat tidur sehingga dapat menurunkan kemampuan fungsional dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan. (Natosba et al., 2019)

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata. Karena, diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka adalah diagnosa keperawatan pada pasien kanker serviks secara umum. Sedangkan, pada tinjauan kasus disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

1.3 Perencanaan

Pada rumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui

peningkatan pengetahuan (Kognitif), ketrampilan mengenai masalah (Afektif), dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Nyeri Kronis b.d agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0078) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Melaporkan nyeri terkontrol meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat, keluhan nyeri penggunaan analgesic menurun, meringis menurun, frekuensi nadi Nyeri pada pasien kanker serviks stadium lanjut merupakan nyeri kronis yang bersifat subjektif, dengan pengalaman nyeri dirasakan secara terus-menerus terjadi selama enam bulan atau lebih. Pasien dengan nyeri kronik mengalami gangguan dalam mengerjakan aktivitas sehari-hari, makan dan tidur, serta merasa frustrasi karena kurangnya dukungan keluarga dengan penyakit yang dialami pasien. Nyeri kanker serviks menyerang pada bagian bawah perut dan punggung serta diperberat oleh aktivitas fisik yang berat. (Natosba et al., 2019)

Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pendarahan pasien membaik dengan kriteria hasil Pendarahan vagina menurun, Hb dalam batas normal, Hematokrit dalam batas normal Perfusi jaringan perifer yaitu keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami penurunan

sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan (Herdman dan Kamitsuru, 2018). Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer ditegakkan karena telah memenuhi dari batasan karakteristik ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. kebutuhan perfusi jaringan termasuk dalam kebutuhan fisiologis yang harus segera dipenuhi. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer masuk kedalam kebutuhan yang kebutuhan pertama yaitu kebutuhan fisiologis.(Agustina et al., 2020)

Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan pasien meningkat dengan kriteria hasil Frekuensi nadi membaik, Kadar hemoglobin meningkat, Kadar hematokrit meningkat, Intake cairan meningkat hipovolemia merupakan kondisi ketika jumlah darah dan cairan di dalam tubuh berkurang secara drastis kondisi ini menyebabkan jumlah oksigen dalam tubuh berkurang dan membuat fungsi organ terganggu penyebab hypovolemia meliputi muntah, diare, dan pendarahan yang berlebihan jika tidak segera di tangani dapat menyebabkan shock, suatu kondisi yang mengancam jiwa saat organ organ tidak cukup darah dan oksigen.(Fitriani et al., 2016)

Resiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (0142) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi pasien membaik dengan kriteria hasil nafsu makan meningkat, nyeri menurun, nadar sel darah putih membaik dimana infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit, resiko infeksi merupakan keadaan dimana seorang individu berisiko terserang oleh patogenik

dan oportunistik jika dalam keadaan lemah dan terdiagnosa kanker bisa menyebarkan kanker ke organ lainnya. (Natosba et al., 2019)

Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D0056), Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat. Kriteria Hasil : Keluhan lelah menurun Saturasi oksigen dalam rentang normal Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit) Dispnea saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16-20 kali/menit) toleransi terhadap aktivitas fisik dan lebih banyak menghabiskan waktu di tempat tidur. Keluhan fisik yang timbul akibat kanker dapat menurunkan toleransi pasien terhadap berbagai aktivitas fisik, pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan lebih banyak menghabiskan waktu di tempat tidur sehingga dapat menurunkan kemampuan fungsional dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan. (Natosba et al., 2019)

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan terdapat pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan.

Diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain

adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana.

Nyeri Kronis b.d agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0078) tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri Kronik pada manajemen nyerinya dengan Monitor kualitas nyeri, lokasi dan penyebaran nyeri intensitas nyeri dengan menggunakan skala durasi dan frekuensi nyeri agar pasien mandiri mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti nafas dalam, mendengarkan music, juga fasilitasi istirahat dan tidur apabila nyeri tidak juga menghilang dapat menggunakan analgetik secara tepat agar bisa membantu mengurangi rasa nyeri hebat yang tidak bisa terkontrol.

Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009) tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri Kronik pada Periksa sirkulasi perifer dengan observasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi, jika terdapat penurunan sirkulasi darah pada perifer bisa memacu pada kondisi kesehatan yang buruk, memonitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas, juga Catat hasil lab Hemoglobin dan hemtokrit jika HB terlalu rendah bisa menyebabkan anemia dimana pasien harus diberikan tranfusi darah, Lakukan hidrasi juga agar membantu asupan nutrisi.

Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023) Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Hipervolemia difokuskan monitor intake dan output cairan. Perlunya perawat memeriksa kondisi secara intensive terhadap perubahan kondisi pasien sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, seperti Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah,

tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) memonitor intake dan output cairan jadi anjurkan pasien menghabiskan makanan jika terjadi mual anjurkan makan sedikit tapi sering, kondisin pasien dengan hemoglobin rendah hematocrit juga rendah ketika pasien anemia kekurangan cairan dalam tubuh bisa mengalami resiko shock.

Resiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (0142) tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit ,Monitor kadar elektrolit serum, Monitor mual, muntah dan diare, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan, dikarenakan invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit,

Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D0056), dengan melakukan Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan aktivitas, fasilitasi aktivitas dengan alat bantu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan aktivitas. Aktivitas dan latihan yang dianjurkan dapat meningkatkan tingkat energi, mempertahankan mobilitas, dan meningkatkan kemampuan kardiovaskular dan pulmonal. manfaat utama dari latihan adalah memelihara dan peningkatan fungsi fisik, mental, emosional, dan social, yang dapat menghasilkan rasa kecukupan terhadap diri sendiri dan kemandirian yang lebih baik.

1.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena kondisi yang tidak berhadapan langsung dengan pasien, adapun penulis melakukan evaluasi keperawatan sebagai berikut:

1. Nyeri Kronis b.d agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) (D.0078)

Evaluasi pada tanggal 18-05-21 pukul 11.30 didapatkan pasien nyeri bagian perut bawah dan pinggang, Provokatif : Nyeri bagian perut bawah dn pinggang Kualitas: Cekot-cekot, Region: Perut bagian bawah, Skala: Skala nyeri 6-7 (1-10), Time: hilang timbul, Pasien tampak meringis menahan rasa sakit nadi 117 x/menit Sulit tidur masalah belum teratasi intrvensi di lanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 20-05-21 pukul 16.00 didapatkan pasien Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang sedikit di bagian perut bawah dan pinggang, Provokatif : Nyeri bagian perut bawah dn pinggang Kualitas: Cekot-cekot, Region: Perut bagian bawah, Skala: Skala nyeri 4-5 (1-10), Time: hilang

timbul, saat ini pasien masih Pasien meringis tetapi tidak dampak gelisah Nadi 88 x/menit masih Sulit tidur masalah teratasi sebagian intrvensi di lanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 22-05-21 pukul 11.30 didapatkan pasien Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang sedikit di bagian perut bawah dan pinggang, Provokatif : Nyeri bagian perut bawah dn pinggang Kualitas: Cekot-cekot, Region: Perut bagian bawah, Skala: Skala nyeri 1-2 (1-10), Time: hilang timbul, saat ini pasien masih Pasien tidak meringis idak dampak gelisah Nadi 88 x/menit masih Sulit tidur masalah teratasi teratasi intrvensi di lanjutkan sewaktu waktu nyeri timbul lagi.

2. Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)

Evaluasi pada tanggal 18-05-21 pukul 11.35 didapatkan Pasien mengatakan lemas, terdapat pendarahan pervagina pada kateter, konjungtiva anemis, turgur kulit menurun pada pemeriksaan penunjang Hemogloin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15) Hematokrit 12,70 (LL) % (37,0-47,0) masalah perfusi perifer tidak efektif pada Ny. D belum teratasi intervensi di lanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 20-05-21 pukul 16.35 didapatkan Pasien mengatakan masih lemas, terdapat pendarahan pervagina pada kateter, konjungtiva anemis, turgur kulit menurun pada pemeriksaan penunjang Hemogloin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15) Hematokrit 27,40 (LL) % (37,0-47,0) sudah mullaai meningkat masalah perfusi perifer tidak efektif pada Ny. D teratasi sebagian intervensi di lanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 22-05-21 pukul 16.35 didapatkan Pasien mengatakan masih lemas, terdapat pendarahan pervagina pada kateter,

konjungtiva anemis, turgur kulit menurun pada pemeriksaan penunjang Hemoglobin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15) Hematokrit 27,40 (LL) % (37,0-47,0) sudah mulai meningkat masalah perfusi perifer tidak efektif pada Ny. D teratasi sebagian intervensi di lanjutkan.

3. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)

Evaluasi pada tanggal 18-05-21 pukul 11.40 di dapatkan Pasien mengatakan lemah mual muntah nafsu makan menurun dan pendarahan pada kateter, Frekuensi nadi meningkat 117 x mnt, Nadi teraba lemah, Turgor kulit menurun, Hemoglobin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15), Hematokrit 12,70 (LL) % (37,0-47,0) masalah hiovolemi pada Ny. D belum teratasi intervensi di lanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 20-05-21 pukul 16.10 di dapatkan Pasien mengatakan lemah mual muntah nafsu makan menurun dan pendarahan pada kateter, Frekuensi nadi meningkat 85 x mnt, Nadi teraba lemah, Turgor kulit menurun, Hemoglobin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15), Hematokrit 27,40 (LL) % (37,0-47,0) masalah hiovolemi pada Ny. D belum teratasi intervensi di lanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 22-05-21 pukul 11.40 di dapatkan Pasien mengatakan lemah mual muntah nafsu makan menurun dan pendarahan pada kateter, Frekuensi nadi meningkat 82 x mnt, Turgor kulit membaik, Hemoglobin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15), Hematokrit 27,40 (LL) % (37,0-47,0) masalah hiovolemi pada Ny. D belum teratasi intervensi di lanjutkan.

4. Resiko infeksi b.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (0142)

Evaluasi pada tanggal 18-05-21 pukul 11.45 di dapatkan Pasien mengatakan lemah, Nyeri perut bagian bawah dan pinggang, pendarahan pervagina pada kateter, Pasien tampak lemah, Tampak pendarahan pervagina pada

kateter, Hemoglobin (HGB) 4,40 (LL) g/dL (12-15), Leukosit 13,12 (H) $10^3/\mu\text{l}$ (4,00-10,00) masalah resiko infeksi pada Ny. D belum teratasi intervensi di lanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 20-05-21 pukul 16.15 di dapatkan Pasien mengatakan lemah, Nyeri perut bagian bawah dan pinggang, pendarahan pervagina pada kateter, Pasien tampak lemah, Tampak pendarahan pervagina pada kateter, Hemoglobin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15), Hematokrit 27,40 (LL) % (37,0-47,0) masalah resiko infeksi pada Ny. D belum teratasi intervensi di lanjutkan.

Evaluasi pada tanggal 22-05-21 pukul 11.45 di dapatkan Pasien mengatakan masih keluar pendarahan pervagina pada kateter, Pasien tampak lemah, Tampak pendarahan pervagina pada kateter, Hemoglobin (HGB) 9,30 (LL) g/dL (12-15), Hematokrit 27,40 (LL) % (37,0-47,0) masalah resiko infeksi pada Ny. D belum teratasi intervensi di lanjutkan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis Ca Serviks + CKD + Anemia di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Ca Serviks + CKD + Anemia di Ruang E2 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Ny D didapatkan keadaan umum lemah GCS 4/5 nyeri perut bagian bawah sampai pinggang TD: 107/76 Nadi : 117 x/menit suhu: 36.5 Spo2: 98% RR : 20 terpasang Kateter terdapat pendarahan pervaginam terpasang infus blood set tangan kiri dengan tranfusi PRC ke 2, Hb 4,4 g/dL BUN 88 mg/dL kreatinin 7.30 mg/dL. Pasien sudah sering masuk rumah sakit dengan keadaan lemah dan pendarahan pervagina pasien sudah pro kemoterapi dan pro HD.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang muncul berdasarkan tinjauan kasus yaitu Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin, Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan

aktif, Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Intervensi Keperawatan

Beberapa rencana tindakan Ny. D disesuaikan dengan intervensi utama dan pendukung pada setiap diagnosis yang diangkat manajemen nyeri, Periksa sirkulasi perifer, pemantauan cairan, pencegahan infeksi, manajemen energi.

4. Implementasi Keperawatan

Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien, yaitu mengidentifikasi nyeri (lokasi, durasi, frekuensi), mengajarkan teknik nonfarmakologi (tarik napas dalam), memfasilitasi Ny. S untuk istirahat tidur, mendorong dan menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, serta meningkatkan asupan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, tinggi serat, dan yang mengandung zat besi, asam folat untuk membantu peningkatan Hb.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada akhir evaluasi di tanggal 23 Juli 2021, masalah Nyeri kronis, Perfusi perifer tidak efektif, Hipovolemia, Resiko infeksi, Intoleransi aktivitas teratasi sebagian setelah diberikan tindakan keperawatan. sehingga semua tujuan dapat tercapai sebagian dikarenakan adanya kerjasama yang baik dengan pasien, keluarga pasien serta semua tenaga kesehatan.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut, antara lain

5.2.1 Bagi Pasien

Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan sangat diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya sebagai mitra.

5.2.2 Bagi perawat

Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang cukup dalam menangani masalah Nyeri kronis, Perfusi perifer tidak efektif, Hipovolemia, Resiko infeksi, Intoleransi aktivitas serta mampu berkolaborasi sesama tenaga kesehatan dalam menyelesaikan masalah pada pasien serta Mengembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

5.2.3 Bagi Rumahsakit

Meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien serta penanganan yang tepat pada setiap pasien dengan klasifikasi yang berbeda

5.2.4 Bagi Mahasiswa

Pendidikan dan pengetahuan Mahasiswa secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhistry, K. (2018). Seminar Nasional Keperawatan “Tren Perawatan Paliatif sebagai Peluang Praktik Keperawatan Mandiri.” *Seminar Nasional Keperawatan*, 4(1), 128–134.
- Agustina, A., Musta'in, M., & Maksum. (2020). *Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR) Pengelolaan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer Pada Pasien Post ORIF Hari Ke-3*. 3(2).
- Amanupunnyo, N. A., Shaluhayah, Z., & Margawati, A. (2018). Analisis Faktor Penyebab Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Kairatu Seram Barat. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(2), 173–181. <https://doi.org/10.30604/jika.v3i2.134>
- Ambarwati, W. N., & Wardani, E. K. (2015). Respons dan coping pasien penderita kanker servik terhadap efek kemoterapi. *Jurnal Ners*, 10(1), 48–60.
- Basith, A., Agustina, R., & Diani, N. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri. *Dunia Keperawatan*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.20527/dk.v5i1.3634>
- CCI. (2017). *Cancer-Cervical-Cancer-Indonesian*.
- Detty, Makahaghi, Y., & Tinungki, Y. (2018). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronik Kidney Disease (CKD) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 2, 100–114.
- Dhenok Citra Panyuluh, Priyadi Nugraha P, E. R. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Penyebab Anemia Pada Santriwati Pondok Pesantren Darul Ulum Kabupaten Kendal. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(2), 156–162.
- Fitriani, H., Setyowati, & Afiyanti, Y. (2016). Kegiatan Residensi Spesialis Keperawatan Pada Asuhan Keperawatan Pasien Perdarahan Karena Kanker Serviks Final. 2(1), 59–69.
- Fitriany, J., & Saputri, A. I. (2018). Anemia Defisiensi Besi. *Jurnal. Kesehatan Masyarakat*, 4(1202005126), 1–30.
- Haryanti, I. A. P., & Nisa, K. (2015). Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginjal sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. *Majority*.
- Junita, D., & Wulansari, A. (2021). Pendidikan Kesehatan tentang Anemia pada Remaja Putri di SMA N 12 Kabupaten Merangin. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 3(1), 41. <https://doi.org/10.36565/jak.v3i1.148>
- Kandarini, Y. (2017). Penatalaksanaan Anemia Pada Penyakit Ginjal Kronik. *Jurnal Ilmu Penyakit Dalam*, 35–42.
- Khanmohamadi, S. A. (2014). In light of another's word: European ethnography

in the middle ages. *In Light of Another's Word: European Ethnography in the Middle Ages*.

- Liasari Armajin, A. H. H. (2020). Karakteristik Penderita Kanker Serviks Di Rsud Dr. H. Chasan Boeosirie Ternate. *2*(2), 20–26.
- Magdalena Eijer Ge'e, Adelina Lebuan, J. P. S. (2021). Hubungan Antara Karakteristik, Pengetahuan Dengan Kejadian Kanker Serviks. *4*, 397–404.
- Natosba, J., Rahmania, E. N., & Lestari, S. A. (2019). Studi Deskriptif: Pengaruh Progressive Muscle Relaxation Dan Hypnotherapy Terhadap Nyeri Dan Kecemasan Pasien Kanker Serviks *Descriptive Study: The Effect Of Progressive Muscle Relaxation And Hypnotherapy On Pain And Anxiety Of Cervical Cancer Patients*.
- Ns. Diyah Candra Anita, M. (2020). *Penilaian Status Gizi Pasien Gagal Ginjal Kronis Melalui Biokimiawi Darah*.
- Nurani, V. M., & Mariyanti, S. (2013). Gambaran Makna Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Psikologi*.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Keperawatan Profesional* (4th ed.). Salemba Medika.
- PNPK. (2017). KANKER SERVIKS. In *KEMENKES RI* (Vol. 28, Issue 1). <https://doi.org/10.1111/j.1467-6435.1975.tb01941.x>
- PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*.
- PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. DPP PPNI.
- Redowati, T. E., Kebidanan, A., & Buana, W. (2021). *Karakteristik ibu yang mengalami kanker serviks*. *9*(5).
- Sari, M. I., Subekti, B. E., Hi, R., Moeloek, A., & Lampung, B. (2017). *Pengelolaan Anestesi pada Pasien Neoplasma Ovarium Kistik Berukuran Besar dengan Anemia Tanpa Komplikasi Management of Anesthesia in Patient with Large Ovarian Cystic Neoplasm and Anemia Without Complications*. *4*, 81–85.
- Savitri. (2015). Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks Dengan Pemeriksaan IVA oleh Wanita Usia Subur (WUS). *Ilmiah Avicenna*, *14*(1), 1–14.
- Siti Meilan Simbolon1., M. A. (2019). Faktor Dominan Terjadinya Ca Serviks Di Rsud Dr. Pirngadi Medan Tahun 2019.
- Suddarth, B. &. (2014). KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH. In EGC (Ed.),

12 (12th ed., p. 595). EGC.

- Triana, N., Simanjuntak, M., Keperawatan, A., Rebo, P., Maternitas, D. K., Timut, J., & Serviks, K. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Ny . J Suspek Kanker Serviks di RSUD keganasan yang sering terjadi pada kanker serviks telah menyebabkan 8000 kanker yang paling sering menyerang*. 81–98.
- Vegas, A., Lubis, A. R., Tarigan, R. R., Nasution, B. R., & Ramadani, S. (2016). *Pedoman Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik. Divisi Nefrologi- Hipertensi Departemen Ilmu Penyakit Dalam*.
- Wasita1, B., Wiyono, N., Suyatmi, Yudhani, R. D., Rahayu5), R. F., Yarso6), K. Y., & Pesik7), R. N. (2021). *Upaya Preventif Kanker Serviks Dan Kanker Payudara Di Masa Pandemi Melalui Seminar Daring Bagi Masyarakat Kota Solo Dan Sekitarnya Cervix*. 9(1), 142–146.
- Widyasih, H. (2020). *Buku saku kanker serviks untuk meningkatkan pengetahuan tentang deteksi dini kanker serviks pada WUS. Jurnal Kesehatan Pengabdian Masyarakat (JKPM), 1(1), 32–39*.
- Zahidatul Rizkah, & Trias Mahmudiono. (2017). *Hubungan Antara Umur, Gravida, Dan Status Bekerja Terhadap Resiko Kurang Energi Kronis (KEK) Dan Anemia Pada Ibu Hamil. Amerta Nutrition, 1(2), 72–79*. <https://doi.org/10.20473/amnt.v1.i2.2017.72-79>

LAMPIRAN*Lampiran 1****CURRICULUM VITAE***

Nama : Abusiri
NIM : 2030001
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Pamekasan, 14 Juni 1996
Alamat : Dusun Klobungan, Cenlece, Pakong
Agama : Islam
Email : aabmayor89@gmail.com
No. HP : 085338064486
Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Bajang 2 Lulus Tahun 2009
2. MTsN Model sumber Bungur Lulus Tahun 2012
3. SMK Al-Hamidy Banyuanyar Lulus Tahun 2015
4. S1 STIKES Hang Tuah Surabaya` Lulus Tahun 2020

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“ Action Is The Basic Key To All Success ”

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberi kesehatan, kemampuan dan mencukupi kebutuhan dengan perantara keluarga untuk menyelesaikan pendidikan hingga Ners.

KIA ini saya persembahkan kepada :

1. Orang Tua saya tercinta (Ayah Salihen dan Ibu Suratna) serta kakak saya dan kakak ipar, nenek dan serta saudara saya yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga KIA saya dapat selesai dengan tepat waktu.
2. Terima kasih kepada Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing, memberi ilmu, serta membentuk jiwa keperawatan kepada saya.
3. Terima kasih kepada kelompok bimbingan KIA yang telah bersedia berproses bersama dalam menyelesaikan KIA ini.
4. Terima kasih kepada sahabat senasib perguruan (Rosielia, Sri Nur) serta KOS squad (Jati, Bima, Kadek, Yusuf, Felix, Wahyu, Zegi, Made, Satria, Yudha, Dodi) yang telah jatuh bangun bersama menghadapi kerasnya hidup ini. yang tidak lupa memotivasi dan memberikan semangat sehingga KIA ini dapat selesai dengan baik.

5. Terima kasih untuk Lulu Antika teman dekat yang telah memberikan semangatnya untuk saya dan membantu saya menyelesaikan KIA ini.
6. Winning 11Ners 2020/2021 yang telah berproses baik suka maupun duka, memberikan support dan melengkapi cerita hidup ini selama 1 tahun.