# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS KANKER SERVIKS STADIUM V DI RUANG E2**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**AGUS HANDOKO, S.Kep**

**NIM. 203.0007**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021/2022**

# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS KANKER SERVIKS DI RUANG E2**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat**

**Untuk Memperoleh Gelar Ners (Ns.)**



**Oleh :**

**AGUS HANDOKO, S.Kep**

**NIM. 203.0007**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021/2022**

# SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Surabaya, 14 Oktober 2021Penulis,**Agus Handoko., S.Kep****NIM. 203.0007** |

#

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Agus Handoko, S.Kep |
| NIM | : 203.0007 |
| Program Studi | : Pendidikan Profesi Ners |
| Judul | : Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

Setelah perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, 20 Juli 2021**

**Pembimbing**

**Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes.**

**NIP. 03067**

Di tetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Juli 2021

**HALAMAN PENGESAHAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Agus Handoko, S.Kep |
| NIM | : 203.0007 |
| Program Studi | : Pendidikan Profesi Ners |
| Judul | : Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL 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.,Sp.Kep.Mat

 **NIP. 03025**

# Penguji III : Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

**NIP. 03010**

**Mengetahui,**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp. KMB**

**NIP. 03020**

Di tetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Juli 2021

# KATA PENGANTAR

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

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebenar-benarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Ners yang telah memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes , selaku Pembimbing yang dengan tulus bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Keluargaku yang senantiasa mendoakan, memberikan semangat dan motivasi selama menempuh studi Profesi Ners dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Teman-teman seangkatanku yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir sehingga dapat terselesaikan, semoga hubungan pertemanan ini tetap terjalin.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih benyak 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 bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Surabaya, 20 Juli 2021PenulisAgus Handoko, S.Kep2030007 |

# DAFTAR ISI

[HALAMAN JUDUL i](#_Toc79245339)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii](#_Toc79245340)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc79245341)

[KATA PENGANTAR iv](#_Toc79245342)

[DAFTAR ISI vi](#_Toc79245343)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc79245344)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc79245346)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc79245347)

[1.3 Tujuan 4](#_Toc79245348)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc79245349)

[1.3.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc79245350)

[1.3.3 Manfaat Penulisan 5](#_Toc79245351)

[1.3.4 Metode Penulisan 6](#_Toc79245352)

[1.3.5 Sistematika Penulisan 8](#_Toc79245353)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 9](#_Toc79245354)

[2.1 Konsep Dasar Penyakit 9](#_Toc79245356)

[2.1.1 Definisi Kanker Serviks 9](#_Toc79245357)

[2.1.2 Etiologi 10](#_Toc79245358)

[2.1.3 Patofisiologi 12](#_Toc79245359)

[2.1.4 Klasifikasi 14](#_Toc79245360)

[2.1.5 Penatalaksanaan 15](#_Toc79245361)

[2.1.6 Pemeriksaan Penunjang 17](#_Toc79245362)

[2.2 Konsep Kemoterapi 19](#_Toc79245363)

[2.2.1 Definisi Kemoterapi 19](#_Toc79245364)

[2.2.2 Tujuan Penggunaan Kemoterapi 19](#_Toc79245365)

[2.2.3 Cara Pemberian Kemoterapi 20](#_Toc79245366)

[2.2.4 Cara Kerja Kemoterapi 20](#_Toc79245367)

[2.2.5 Efek Samping Kemoterapi 21](#_Toc79245368)

[2.3 Konsep Proses Asuhan Keperawatan 27](#_Toc79245369)

[2.3.1 Pengkajian 29](#_Toc79245370)

[2.3.2 Diagnosa Keperawatan 34](#_Toc79245371)

[2.3.3 Perencanaan Keperawatan 34](#_Toc79245372)

[2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan 40](#_Toc79245373)

[2.3.5 Evaluasi 40](#_Toc79245374)

[2.4 Konsep Masalah 41](#_Toc79245375)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 42](#_Toc79245376)

[3.1 Pengkajian 42](#_Toc79245378)

[3.1.1 Data Dasar 42](#_Toc79245379)

[3.1.2 Riwayat Keperawatan 42](#_Toc79245380)

[3.1.3 Aspek Psikososial 43](#_Toc79245381)

[3.1.4 Kebutuhan Dasar Khusus 44](#_Toc79245382)

[3.1.5 Pengkajian Persistem *(Review of System)* 44](#_Toc79245383)

[3.1.6 Pemeriksaan Penunjang 46](#_Toc79245384)

[3.1.7 Terapi 47](#_Toc79245385)

[3.2 Diagnosa Keperawatan 47](#_Toc79245386)

[3.1 Rencana Keperawatan 48](#_Toc79245387)

[3.2 Implementasi 52](#_Toc79245388)

[BAB 4 PEMBAHASAN 58](#_Toc79245389)

[4.1 Pengkajian Keperawatan 58](#_Toc79245391)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 65](#_Toc79245392)

[4.3 Intervensi Keperawatan 68](#_Toc79245393)

[4.4 Implementasi 70](#_Toc79245394)

[4.4 Evaluasi 71](#_Toc79245395)

[BAB 5 PENUTUP 73](#_Toc79245396)

[5.1 Kesimpulan 73](#_Toc79245398)

[5.2 Saran 74](#_Toc79245399)

[DAFTAR PUSTAKA 75](#_Toc79245400)

[LAMPIRAN 77](#_Toc79245401)

[SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) 77](#_Toc79245402)

[*CURRICULUM VITAE* 79](#_Toc79245403)

[MOTTO DAN PERSEMBAHAN 79](#_Toc79245404)

**DAFTAR SINGKATAN**

Op. : Operasi

Ca : kanker

Ny : Nyonya

TTV : Tanda Tanda Vital

RR : *Respiration Rate*

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

S : Suhu

GCS : *Glassglow Coma Scale*

HB : Hemoglobin

WBC : *White Blood Cells*

IV : Intra Vena

Inj. : Injeksi

mg : Miligram

gr : Gram

ROM : *Range Of Motion*

RSPAL : Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

WHO : *World Health Organization*

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## Latar Belakang

Menurut WHO kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Atau suatu keadaan dimana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman. Salah satu penyakit kronis yang dapat mengganggu kesehatan reproduksi wanita adalah kanker serviks (Nugroho, 2010). Kanker serviks adalah suatu proses keganasan yang tejadi pada serviks, dimana dalam keadaan ini terdapatnya sekelompok sel yang abnormal terbentuk dari sel jaringan yang tumbuh terus menerus dan tidak terbatas, tidak terkoordinasi dan tidak berguna bagi tubuh sehingga sel-sel sekitarnya tidak dapat melaksanakan fungsi sebagaimana mestinya. Keadaan tersebut biasanya disertai dengan adanya perdarahan dan pengeluaran cairan vagina yang abnormal (Smeltzer S dan Bare B, 2011).

Menurut WHO tahun 2009 sekitar 85% kejadian kanker serviks terjadi di negara berkembang. Negara berkembang yang termasuk dalam golongan Age Spesific Incidence Rate(ASIR) atau jumlah spesifik insidenkanker serviksnya diatas 30 per 100.000 penduduk yaitu Afrika Timur 42,7%, Melanesia (termasuk indonesia 33,3%), Afrika Selatan 31,5%, dan Afrika Tengah 30,6%. Lebih dari 500.000 kasus baru kanker serviks ditemukan di seluruh dunia tiap tahunnya dengan angka harapan hidup hanya sebesar 40% (Gupta, Deepika., Sonia, Mann., Avijit, Sood dan Rajinder, 2011). Gambaran global mengenai kanker serviks, menunjukkan bahwa penyakit ini memiliki indeks rasio yang lebih tinggi hingga 5-6 kali pada negara-negara berkembang. Di Amerika Tengah, angka kejadian kanker serviks adalah 30,6 kasus per 100.000 penduduk dan 18,7 kasus per 100.000 di Asia Tenggara (Cancer Research UK, 2015).

Kanker serviks merupakan jenis kanker dengan insiden kedua terbanyak dari seluruh jenis kanker yang menyerang wanita di dunia. Berdasarkan data GLOBOCAN, (2012), International Agency for Research on Cancer (IARC) setiap tahun muncul kasus baru kanker serviks sebanyak 528.000 kasus, dan setiap tahunnya sebanyak 266.000 wanita meninggal akibat kanker serviks. Dari seluruh jumlah kematian penyebab kanker serviks, 90% terjadi di negara berkembang. Indonesia merupakan negara berkembang dengan jumlah penderita kanker serviks nomor enam terbanyak di Asia. Data yang didapat dari Infodatin (tahun 2015) penyakit kanker serviks merupakan penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi kedua di Indonesia setelah kanker payudara. Dimana total penderita kanker serviks di Indonesia pada tahun 2013 mencapai 98.692. Sedangkan di Provinsi Jawa Timur jumlah penderita kanker serviks mencapai 3.971 jiwa (Kementrian Kesehatan RI, 2015).

Faktor yang mempengaruhi terjadinya kanker serviks dapat dilihat dari faktor risiko yaitu mempunyai banyak mitra seksual, usia wanita menikah, penggunaan antiseptik, smegma, paritas, status ekonomi, riwayat terpapar infeksi menular seksual, dan wanita pengguna alat kontrasepsi oral (Riksani, 2016). Penderita kanker serviks yang mempunyai banyak mitra seksual lebih mudah terjadi pada perempuan yang sering berganti-ganti pasangan karena kanker serviks disebabkan oleh sejenis virus penyakit kelamin HPV. Selain itu penggunaan antiseptik juga dapat meningkatkan terjadinya kanker serviks karena terlalu sering melakukan bilas vagina dengan menggunakan antiseptik dapat memicu kanker serviks yang menyebabkan iritasi pada vagina dan iritasi ini merangsang terjadinya perubahan sel yang akhirnya berubah menjadi kanker (Riksani, 2016).

Selain itu riwayat terpapar infeksi menular seksual juga memiliki resiko yang tinggi terkena kanker serviks. Hal ini karena HPV bisa ikut tertular bersamaan denganpenyebab penyakit kelamin lainnya saat terjadi hubungan seksual. Smegma juga dapat menimbulkan terjadinya kanker serviks karena kumpulan lemak dipangkal kemaluan pria (penis) yang sebetulnya merupakan cairan alami yang dikeluarkan oleh kelenjer sebasea pada kulit penis yang dapat meningkatkan risiko laki-laki sebagai pembawa atau penular virus HPV. Penggunaan pil KB dalam jangka panjang ± 5 tahun jga dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker serviks karena memberikan efek buruk pada rahim. Infeksi pada rahim akibat konsumsi pil KB secara rutin dan lama memungkinkan seorang wanita menderita kanker servik (Ajeng, A., Zuhrotunida & Yunita, 2009).

Faktor selanjutnya paritas Menurut Emilia, (2010), seorang perempuan yang sering melahirkan (banyak anak) termasuk golongan resiko tinggi untuk terkena penyakit kanker serviks. Dengan seringnya seorang ibu melahirkan, maka akan berdampak pada seringnya terjadi perlukaan di organ reproduksinya yang akhirnya dampak dari luka tersebut akan memudahkan timbulnya virus HPV sebagai penyebab terjadinya penyakit kanker serviks. Hubungan antara tingginya paritas dengan kanker serviks dapat juga diakibatkan karena menurunnya kemampuan serviks dalam mempertahankan zona transformasi pada ekoserviks terhadap infeksi HPV.

Untuk mengatasi angka kematian akibat kanker serviks, pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan kebijakan pelayanan pencegahan deteksi dini kanker serviks. Deteksi dini dapat dilakukan dengan pap smear, pemeriksaan inspeksi visual dengan asam asetat (IVA) atau dengan kolposkopi. Pemeriksaan deteksi dini terbukti mengurangi kejadian dan kematian akibat kanker serviks. Program deteksi dini khusunya IVA telah dimasukan oleh pemerintah ke dalam Rencana Strategis Kemenkes RI dengan presentase sampai tahun 2019 mencakup minimal 80% wanita usia subur (WUS) telah melakukan deteksi dini kanker serviks.

## 1.2 Rumusan Masalah

 Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

## 1.3 Tujuan

## 1.3.1 Tujuan Umum

 Mahasiswa mampu mengidentifikasikan Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada Ny. S dengan diagnosa medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing-masing diagnosa medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada Ny. S dengan Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. S dengan Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## 1.3.3 Manfaat Penulisan

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

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan secara cepat, tepat, dan cermat, sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan pada pasien dengan diagnosa medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. Secara Praktis
2. Bagi institusi Rumah Sakit

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai pemasukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan diagnosa medis 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.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit diagnosa medis Kanker Serviks sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu, agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien diagnosa medis Kanker serviks di rumah agar meminimalkan aktivitas.

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini diharapkan dapat sebagi bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Kanker Serviks sehingga penulis selanjutnya mampu mengambangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

## Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Kanker Serviks. Membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan meliputi 5 langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data
2. Observasi

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

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa pengamatan selanjutnya.

1. Sumber Data
2. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien dan perawat memperoleh informasi yang akurat dari pasien.

1. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan, tim kesehatan lain di laboratorium dan di radiologi.

1. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori yang mendukung asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Kanker Serviks*.

## Sistematika Penulisan

Penyusunan karya ilmiah akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya ilmiah akhir ini, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi uraian secara teoritis mengenai Konsep Kanker Serviks, Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Serviks, Kerangka Masalah Kanker Serviks.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajain, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4 : Berisi tentang analisi masalah yang merupakan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan.

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1 Konsep Dasar Penyakit

## Definisi Kanker Serviks

Kanker serviks atau kanker leher rahim adalah tumor ganas primer yang berasal dari sel epitel skuamosa. Kanker serviks dapat berasal dari sel – sel di leher rahim, tetapi dapat pula tumbuh dari sel–sel mulut rahim ataupun keduanya. Kanker serviks adalah kanker ataupun keganasan yang terjadi di leher rahim yang merupakan organ reproduksi perempuan yang merupakan pintu masuk ke arah vagina disebabkan oleh sebagian besar *Human Papilloma Virus*.

Kanker serviks atau yang lebih dikenal dengan kanker leher rahim adalah tumbuhnya sel – sel tidak normal pada rahim. Sel –sel yang tidak normal ini berubah menjadi kanker. Kanker leher rahim adalah kanker yang terjadi pada serviks uterus, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk kearah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dan liang senggama (vagina) (Aqila Smart, 2010).

Leher rahim atau serviks terletak di bagian atas vagina dan merupakan bagian bawah dari rahim. Infeksi oleh Human Papiloma Virus (HPV) (keluarga virus yang menginfeksi kulit dan selaput mukosa yang melapisi tubuh) bisa menyebabkan perubahan tidak normal pada sel-sel serviks, suatu kondisi yang disebut dengan Neoplasia Intraepithelial Serviks (CIN). CIN bukanlah kanker, namun ada peluang di mana CIN bisa berkembang menjadi kanker. Dari dua pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kanker serviks adalah kanker yang terjadi pada leher rahim dengan hiperplasi sel jaringan sekitar sampai menjadi sel yang membesar, menjadi borok/luka yang mengeluarkan cairan berbau busuk (Yanty Vidi Novita, 2013).

## Etiologi



**Gambar 2.1** ca cervix

(sumber : https:// gambar+kanker+servix&tbm=isch&ved=)

Supriyanto, (2014) mengatakan bahwa Kanker disebabkan oleh banyak faktor, dan berkembang dalam waktu bertahun-tahun. Berikut adalah factor-faktor yang paling sering menyebabkan timbulnya kanker :

1. Virus
2. Virus Human Paapilloma (HPV), virus yang diduga sebagai penyebab kanker serviks.
3. Virus Hepatitis B dan C, keduanya diduga sebagai penyebab terjadinya kanker hati.
4. Virus Epstein-Bar, penyebab kanker hidung dan tenggorokkan
5. Virus HIV (Human Immunodeficiency virus), merupakan penyebab limfoma dan kanker darah lainnya.
6. Bakteri
7. Parasite Schistosoma atau Biliharzia dapat menyebabkan kanker kandung kemih
8. Infeksi Clonorchis sinensis, merupakan penyebab penyakit pancreas dan saluran empedu
9. Helicobacter pylori, merupakan penyebab kanker lambung
10. Zat-zat kimia (karsinogen)

Bahan-bahan yang termasuk kedalam karsinogenik diantaranya asap rokok, asbestos, dan alcohol. Selain itu, zat kimia yang terdapat pada makanan yang diproses berlebihan, sepertti makanan yang digoreng dalam rendaman minyak ulang pakai, diasap, atau dibakar. Bisa juga makanan mengandung pengawet dan pewarna, dan makan yang terkontaminasi logam berbahaya, seperti merkuri pada seafood.

1. Paparan Sinar Ultraviolet (UV)

Paparan radiasi sinar ultraviolet (UV) dari matahari secara berlebihan, khususnya antara pukul 10.00-14.00 dapat menyebabkan kulit terbakar. Kerusakan permanen terhadap kulit dan mata dalam jangka panjang berpotensi menyebabkan kanker kulit.

1. Ketegangan atau Stress

Sters kronis dapat melemahkan system kekebalan tubuh seseorang yang pada akhirnya dapat menjadi salah satu faktor pencetus terjadinya kanker, seperti Kaposi sarcoma dan beberapa jenis limfoma (kanker getah bening). Stress juga berpengaruh negative terhadapa pengeluaran hormone endokrin, yaitu hormone yang mengatur perbaikan DNA yang mengatur pertumbuhan sel.

1. Hormon

Terapi hormone telah digunakan selama bertahun-tahun oleh wanita menopause untuk meringankan gejala dan mengahambat gejala osteoporosis. Namun, hal ini bukan tanpa efek samping. Karena ada kaitannya antara pengguna terapi hormone ( kombinasi progeteron dan estrogen atau estrogen saja). Dengan meningkatkan risiko terkena kanker payudara dan kanker ovarium pada wanita.

1. Faktor Genetic

Sekitar 5-10% kasus kanker merupakan penyakit yang diturunkan. Pada keluarga tertentu, gen abnormal dapat diwariskan. Jenis kanker yang diwariskan dalam keluarga antara lain kanker payudara, ovarium, prostat, atau kolon (usus besar).

Menurut Sukardja, (2010) Kanker disebabkan adanya genom abnormal, yang menimbulkan salah atur, lebih atau kurang aturean. Gen yang mengatur pertumbuhan dan diferensiasi sel itu disebut protoonkogen dan suppressor gen, terdapat pada semua chromoson dan banyak jumlahnya. Prootogen yang telah mengalami perubahan sehingga dapat menimbulkan kanker disebut onkogen. Kerusakan itu dapat terjadi pada saat fertilisasi, tetapi umumnya setelah embryogenesis, setelah sel itu mengadakan diferensiasi atau setelah dewasa. Kerusakan mutasi dalam arti luas, seperti :

1. Perubahan urutan nukleotida
2. Tambahan (addition) nukleotida
3. Sisipan (insertion) nukleotida
4. Pengurangan (delation) nukleotida
5. Perpindahan (translokasi) gen
6. Persilangan (transposisi) sebagian Chromosom, dsb.

## Patofisiologi

Terjadinya infeksi fulminant, HPV harus mencapai sel basal terlebih dahulu. Jalurnya melalui mikro abrasi atau melalui cairan pada epitel skuamosa atau mukosa epitel yang dihasilkan pada saat aktivitas seksual. Pada saat mencapai sel basal akan terjadi pembelahan sel-sel yang tidak terkendali sehingga akan merusak jaringan hidup lainnya. Dalam hal ini sel tersebut akan memakan jaringan leher rahim melalui berbagai macam cara antara lain dengan invasi atau tumbuh langsung ke jaringan sebelahnya. Keganasan sel tersebut dapat disebabkan oleh adanya kerusakan DNA yang menyebabkan mutasi pada gen vital yang mengontrol pembelahan sel, sehingga sel-sel ini dapat berubah dari normal menjadi prakanker dan kemudian menjadi kanker. Perubahan prakanker menjadi kanker didahului dengan terjadinya keadaan yang disebut lesi kanker atau Neoplasia Intraepithelial Serviks (NIS).

Saat virus HPV bercampur dengan sistem peringatan yang memicu respon imunitas, seharusnya bertugas dalam menghancurkan sel yang abnormal yang terinfeksi virus. Perkembangan sel abnormal pada epitel serviks dapat berkembang menjadi sel prakanker yang disebut sebagai Cervikal Intraepithelial Neoplasma (CIN). Fase prakanker sering disebut juga dysplasia yaitu premalignant (Prakeganasan) dari sel-sel rahim. Ada tiga pola utama pada tahap prakanker. Dimulai dengan infeksi pada sel serta perkembangan sel abnormal yang kemudian bisa berlanjut menjadi Intraepithelial Neoplasma dan pada akhirnya berubah menjadi kanker serviks (Savitri, 2015).

## Klasifikasi

Menurut Diananda, (2009) pembagian stadium pada kanker serviks adalah sebagai berikut :

1. Stadium I :

Kanker banyak terbatas pada daerah mulut dan leher rahim (serviks). Pada stadium ini dibagi menjadi dua. Pada stadium I-A baru didapati karsinoma mikro invasif di mulut rahim. Pada stadium I-B kanker sudah mengenai leher rahim.

1. Stadium II :

Kanker sudah mencapai badan rahim (korpus) dan sepertiga vagina. Pada stadium II-A, kanker belum mengenai jaringan–jaringan di seputar rahim (parametrium).

1. Stadium III :

Pada stadium III-A, kanker sudah mencapai dinding. Stadium III-B kanker mencapai ginjal.

1. Stadium IV :

Pada stadium IV-A, kanker menyebar ke organ – organ terdekat seperti anus, kandung kemih, ginjal, dan lain–lain. Pada stadium IV-B, kanker sudah menyebar ke organ–organ jauh seperti hati, paru–paru, hingga otak.

## Penatalaksanaan

1. Tata Laksana Lesi Prakanker

Tatalaksana lesi prakanker disesuaikan dengan fasilitas pelayanan kesehatan, kemampuan sumber daya manusia dan sarana prasarana yang ada. Pada tingkat pelayanan primer dengan sarana dan prasarana terbatas, dapat dilakukan program skrining atau deteksi dini dengan tes IVA. Skrining dengan tes IVA dapat dilakukan dengan cara single visit approach atau see and treat program, yaitu bila didapatkan temuan IVA positif maka selanjutnya dapat dilakukan pengobatan sederhana dengan krioterapi oleh dokter umum atau bidan yang sudah terlatih. Pada skrining dengan tes Papsmear, temuan hasil abnormal direkomendasikan untuk konfirmasi diagnostik dengan pemeriksaan kolposkopi.

Tindakan Loop Excision Electrocauter Procedure (LEEP) atau Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ) dilakukan untuk kepentingan diagnostik maupun sekaligus terapeutik. Hasil elektrokauter tidak mencapai bebas batas sayatan, maka bisa dilanjutkan dengan tindakan konisasi atau histerektomi total. Temuan abnormal hasil setelah dilakukan kolposkopi (Nila, 2018):

1. Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL), dilakukan LEEP dan observasi 1 tahun
2. High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL), dilakukan LEEP dan observasi 6 bulan

Berbagai Metode Terapi Lesi Prakanker Serviks:

1. Krioterapi

Krioterapi digunakan untuk destruksi lapisan epitel serviks dengan metode pembekuan atau freezing hingga sekurang-kurangnya -20oC selama 6 menit (teknik Freeze- thaw-freeze) dengan menggunakan gas N2O atau CO2. Kerusakan bioselular akan terjadi dengan mekanisme:

1. Sel‐sel mengalami dehidrasi dan mengkerut
2. Konsentrasi elektrolit dalam sel terganggu
3. Syok termal dan denaturasi kompleks lipid protein d)) Status umum sistem mikrovaskular.
4. Elektrokauter

Metode ini menggunakan alat elektrokauter atau radiofrekuensi dengan melakukan eksisi Loopdiathermy terhadap jaringan lesi prakanker pada zona transformasi. Jaringan spesimen akan dikirimkan ke laboratorium patologi anatomi untuk konfirmasi diagnostik secara histopatologik untuk menentukan tindakan cukup atau perlu terapi lanjutan

1. Diatermi Elektrokoagulasi

Diatermi elektrokoagulasi dapat memusnahkan jaringan lebih luas dan efektif. Tindakan ini memungkinkan untuk memusnahkan jaringan serviks sampai kedalaman 1 cm, tetapi fisiologi serviks dapat dipengaruhi, terutama jika lesi tersebut sangat luas.

1. Laser

Sinar laser (light amplication by stimulation emission of radiation), suatu muatan listrik dilepaskan dalam suatu tabung yang berisi campuran gas helium, gas nitrogen, dan gas CO2 sehingga akan menimbulkan sinar laser yang mempunyai panjang gelombang 10, 6u. Perubahan patologis yang terdapat pada serviks dapat dibedakan dalam dua bagian, yaitu penguapan dan nekrosis. Lapisan paling luar dari mukosa serviks menguap karena cairan intraselular mendidih, sedangkan jaringan yang mengalami nekrotik terletak di bawahnya. Volume jaringan yang menguap atau sebanding dengan kekuatan dan lama penyinaran.

## Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan pada kanker serviks bisa dilakukan dengan mendeteksi sel kanker secara dini dengan:

1. IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat)

Metode pemeriksaan ini dilakukan dengan mengoleskan serviks atau leher rahim dengan asam asetat. Kemudian, pada serviks diamati apakah terdapat kelainan seperti area berwarna putih. Jika tidak ada perubahan warna, dapat dianggap tidak terdapat inspeksi pada serviks. Pemeriksaan ini dilakukan hanya untuk deteksi dini.

1. Pap smear

Metode tes pap smear yang umum, yaitu dokter menggunakan sikat untuk mengambil sedikit sampel sel – sel serviks. Kemudian sel – sel tersebut akan dianalisis di laboratorium. Tes itu dapat menyikapi apakah terdapat infeksi, radang, atau sel–sel abnormal.

1. Thin Prep

Metode thin prep lebih akurat dibandingkan pap smear. Jika pap smear hanya mengambil sebagian dari sel–sel serviks, metode thin prep akan memeriksa seluruh bagian serviks. Hasilnya akan jauh lebih akurat dan tepat.

1. Kolposkopi

Prosedur kolposkopi akan dilakukan dengan menggunakan alat yang dilengkapi lensa pembesar untuk mengamati bagian yang terinfeksi. Tujuannya untuk menentukan apakah ada lesi atau jaringan yang tidak normal pada serviks. Jika ada yang tidak normal, biopsi (pengambilan sejumlah kecil jaringan dari tubuh) dilakukan dan pengobatan untuk kanker serviks segera dimulai.

1. Test DNA-HPV

Sel serviks dapat diuji untuk kehadiran DNA dari Human Papilloma Virus (HPV) melalui tes ini. Tes ini dapat mengidentifikasi apakah tipe HPV yang dapat menyebabkan kanker serviks yang hadir (Rahayu, 2015).

## Konsep Kemoterapi

## Definisi Kemoterapi

Kemoterapi adalah pemberian obat untuk membunuh sel kanker. Tidak seperti radiasi atau operasi yang bersifat local, kemoterapi merupakan terapi sistemik, yang berarti obat menyebar ke seluruh tubuh dan dapat mencapai sel kanker yang telah menyebar jauh atau metastase ke tempat lain (Rasjidi, 2007).

Obat-obat anti kaker ini dapat digunakan sebagai terapi tunggal (active single agents), tetapi kebanyakan berupa kombinasi karena dapat lebih meningkatkan potensi sitotoksik terhadap sel kanker. Selain itu sel-sel yang resisten terhadap salah satu obat mungkin sensitif terhadap obat lainnya.

## Tujuan Penggunaan Kemoterapi

1. Terapi adjuvant :

Kemoterapi yang diberikan sesudah operasi, dapat sendiri

bersamaan dengan radiasi, dan bertujuan untuk membunuh sel yang telah bermetastase.

1. Terapi neodjuvan :

Kemoterapi yang diberikan sebelum operasi untuk mengecilkan massa tumor, biasanya dikombinasi dengan radioterapi.

1. Kemoterapi primer:

Digunakan sendiri dalam penatalaksanaan tumor, yang kemungkinan kecil untuk diobati, dan kemoterapi digunakan hanya untuk mengontrol gejalanya.

1. Kemoterapi induksi:

Digunakan sebagai terapi pertama dari beberapa terapi berikutnya.

1. Kemoterapi kombinasi:

Mengunakan 2 atau lebih agen kemoterapi (Rasjidi, 2007).

## Cara Pemberian Kemoterapi

1. Pemberian per oral

Beberapa jenis kemoterapi telah dikemas untuk pemberian peroral, diantaranya adalah chlorambucil dan etoposide (vp-16)

1. Pemberian secara intra-muskulus:

Pemberian dengan cara ini relative lebih mudah dan sebaiknya suntikan tidak diberikan pada lokasi yang sama dengan pemberian dua-tiga kali berturut-turut yang dapat diberikan secara intra-muskulus antara lain bleomicin dan methotrexate.

1. Pemberian secara intravena

Pemberian secara intravena dapat dengan bolus perlahan-lahan atau diberikan secara infuse (drip). Cara ini merupakan cara pemberian kemoterapi yang paling umum dan banyak digunakan .

1. Pemberian secara intra-arteri

Pemberian intra-arteri jarang dilakukan karena membutuhkan sarana yang cukup banyak antara lain alat radiologi diagnostic, mesin, atau alat filter, serta memerlukan keterampilan tersendiri.

## Cara Kerja Kemoterapi

Suatu sel normal akan berkembang mengikuti siklus pembelahan sel yang teratur. Beberapa sel akan membelah diri dan membentuk sel baru dan sel yang lain akan mati. Sel yang abnormal akan membelah diri dan berkembang secara tidak terkontrol, yang pada akhirnya akan terjadi suatu masa yang dikenal sebagai tumor (Rasjidi, 2007).

Siklus sel secara sederhana dibagi menjadi 5 tahap yaitu:

1. Fase G0, dikenal juga sebagai fase istirahat Ketika ada sinyal untuk berkembang, sel ini akan memasuki fase G1.
2. Fase G1, pada fase ini sel siap untuk membelah diri yang diperantarai oleh beberapa protein penting untuk bereproduksi. Fase ini berlangsung 18-30 jam.
3. Fase S, disebut sebagai fase sintesis. Pada fase ini DNA sel akan di kopi. Fase ini berlangsung selama 18-20 jam.
4. Fase G2, sintesis protein terus berlanjut. Fase ini berlansung 2-10 jam.
5. Fase M. sel dibagi menjadi 2 sel baru. Fase ini berlangsung 30-60 menit.

Siklus sel sangat penting dalam kemoterapi sebab obat kemoterapi mempunyai target dan efek merusak yang berbeda bergantung pada siklus selnya. Obat kemoterapi aktif pada saat sel sedang bereproduksi ( bukan pada fase G0 ), sehingga sel tumor yang aktif merupakan target utama dari kemoterapi namun, oleh karena itu sel yang sehat juga bereproduksi, maka tidak tertutup kemungkinan mereka juga akan terpengaruh oleh kemoterapi, yang akan muncul sebagai efek samping obat (Rasjidi, 2007).

## Efek Samping Kemoterapi

Efek samping dari kemoterapi meliputi, anemia, trombositopenia, leucopenia, mual dan muntah, alopesia (rambut rontok), stomatitis, reaksialergi, neurotoksik, dan ekstravasasi (keluarnya obat vesikan atau iritan ke jaringan subkutan yang berakibat timbulnya rasa nyeri, nekrosis jaringan, dan ulserasi jaringan) (Rasjidi, 2007).

1. Efek kemoterapi secara fisik.

Kemoterapi memiliki dampak dalam berbagai bidang kehidupan antara lain dampak terhadap fisik dan psikologis kemoterapi memberikan efek nyata kepada fisik pasien, setiap orang memiliki variasi yang berbeda dalam merespon obat kemoterapi, efek fisik yang tidak diberikan penanganan yang baik dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien, adapun dampak fisik kemoterapi adalah sebagai beriku (Ambarwati, 2014).

1. Mual dan muntah
2. Konstipasi
3. Neuropati perifer
4. Toksisitas kulit
5. Kerontokan rambut (alopecia)
6. Penurunan berat badan
7. Kelelahan (fatigue)
8. Penurunan nafsu makan
9. Perubahan rasa dan nyeri.
10. Efek Samping Psikologi

Wijayanti (2007) menyebutkan beberapa dampak psikologis pasien kanker diantaranya sebagai berikut:

* 1. Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan adalah kondisi psikologis yang disebabkan oleh gangguan motivasi, proses kognisi, dan emosi sebagai hasil pengalaman di luar kontrol organisme. Ketidakberdayaan pada penderita kanker bisa terjadi karena proses kognitif pada penderita yang berupa pikiran bahwa usahanya selama ini untuk memperpanjang hidupnya atau mendapatkan kesembuhan, ternyata menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan (perasaan mual, rambut rontok, diare kronis, kulit menghitam, pusing, dan kehilangan energi). Efek samping yang tidak diinginkan ini dapat muncul berupa proses emosi dimana penderita tersebut merasa bahwa mereka hanya dijadikan sebagai objek uji coba dokter. Proses kognisi dan emosi inilah seorang penderita melakukan suatu reaksi penolakan sebagai gangguan dalam hal motivasi. Munculnya ketidak berdayaan ini mampu menimbulkan suatu bentuk tingkah laku yang dapat dilihat oleh semua orang (overt behavior). Bentuk tingkah laku ini bisa seperti marah dan seolah mencoba mengontrol lingkungan untuk menerima keberadaan mereka. Ketidakberdayaan dapat meyebabkan penderita kanker mengalami dampak psikologis lain yaitu depresi (Wijayanti, 2007).

* 1. Kecemasan

Kecemasan adalah keadaan psikologis yang disebabkan oleh adanya rasa khawatir yang terus-menerus ditimbulkan oleh adanya inner conflict. Dampak kecemasan yang muncul pada penderita kanker adalah berupa rasa takut bahwa usianya akan singkat (berkaitan dengan inner conflict). Inner conflict berupa kegiatan untuk menjalani pengobatan agar bisa sembuh tetapi tidak mau menerima adanya risiko bagi penampilannya. Risiko disini dapat berupa rambut rontok dan kulit menghitam akibat kemoterapi, atau hilangnya payudara akibat operasi. Kecemasan dapat digolongkan dalam bentuk covert behavior, karena merupakan keadaan yang ditimbulkan dari proses inner conflict. Kecemasan dapat pula muncul sebagai reaksi terhadap diagnosis penyakit parah yang dideritanya. Sebagai seseorang yang awalnya merasa dirinya sehat, tiba-tiba diberitahu bahwa dirinya mengidap penyakit yang tidak dapat disembuhkan, tentu saja muncul penolakan yang berupa ketidakpercayaan terhadap diagnosa. Penolakan yang penuh kecemasan ini terjadi karena mungkin ia memiliki banyak rencana akan masa depan, ada harapan pada kemajuan kesehatannya, dan itu seolah terhempas.

* 1. Rasa malu

Rasa malu merupakan suatu keadaan emosi yang kompleks karena mencakup perasaan diri yang negatif. Perasaan malu pada penderita kanker muncul karena ada perasaan dimana ia memiliki mutu kesehatan yang rendah dan kerusakan dalam organ.

* 1. Harga diri

Sebagai penderita penyakit terminal seperti kanker, disebutkan bahwa pada diri penderita mengalami perubahan dalam konsep diri. Harga diri merupakan bagian dari konsep diri, maka bila konsep diri menurun diartikan bahwa harga dirinya juga menurun. Terjadinya penurunan harga diri sejalan dengan memburuknya kondisi fisik, yaitu pasien tidak dapat merawat diri sendiri dan sulit menampilkan diri secara efektif. Ancaman paling berat pada psikologisnya adalah kehilangan harga diri. Penurunan dan kehilangan harga diri ini merupakan reaksi emosi yang muncul pada perasaan penderita kanker.

* 1. Stres

Stres yang muncul sebagai dampak pada penderita kanker memfokuskan pada reaksi seseorang terhadap stressor. Stressor dalam hal ini adalah penyakit kanker. Stres yang muncul ini merupakan bentuk manifestasi perilaku yang tidak muncul dalam perilaku yang nampak (covert behavior). Stres ini dipengaruhi oleh beberapa hal, salah satunya adalah dukungan sosial. Dukungan sosial sangat berguna untuk menjaga kesehatan seseorang dalam keadaan stres.

* 1. Depresi

Depresi adalah satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa, dan tidak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Salah satu akibat dari kecemasan yang berupa usianya akan singkat, menjadikan perasaan putus asa dalam diri penderita kanker. Ketidakberdayaan yang menjadi dampak psikologis memicu timbulnya perasaan depresi. Penderita kanker payudara umumnya mengalami depresi dan hal ini tampak nyata terutama disebabkan karena rasa nyeri yang tidak teratasi dengan gejala sebagai berikut: Penurunan gairah hidup, perasaan menarik diri, ketidak kemampuan, dan gangguan harga diri.Somatis berupa berat badan menurun drastis dan insomnia. Rasa lelah dan tidak memiliki daya kekuatan.

* 1. Amarah

Seseorang yang mengalami reaksi fisiologis, dapat muncul suatu ekspresi emosional tidak sengaja yang disebabkan oleh kejadian yang tidak menyenangkan dan disebut sebagai amarah. Semua suasana sensori ini dapat berpadu dalam pikiran orang dan membentuk suatu reaksi yang disebut marah. Reaksi amarah yang muncul ini tentu saja dapat terjadi pada penderita kanker, karena suatu penyakit merupakan suatu hal yang tidak menyenangkan. Munculnya reaksi marah pada penderita kanker dapat muncul karena perasaan bahwa banyak kegiatan hariannya yang diinterupsi oleh penyakit yang membuatnya tidak berdaya. Reaksi marah yang muncul bisa berupa reaksi motorik (overt behavior) seperti tangan mengepal, perubahan raut muka seperti alis mengkerut.

1. Efek samping kemoterapi dipengaruhi oleh :
2. Masing-masing agen memiliki toksisitas yang spesifik terhadap organ tubuh tertentu.
3. Dosis.
4. Jadwal pemberian.
5. pemberian (iv, im, peroral, per drip infus).
6. Faktor individual pasien yang memiliki kecenderungan efek toksisitas pada organ tertentu

## Konsep Proses Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain (Budiono & Pertami, 2015).

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental sosial dan lingkungan.Pada tahap pengkajian, kegiatan yang dilakukan adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan data sekunder lainnya (catatan, hasil pemeriksaan diagnostik, dan literatur) (Hutahaean, 2010).

Setelah didapatkan, maka tahap selanjutnya adalah diagnosis. Diagnosa keperawatan adalah terminologi yang digunakan oleh perawat profesional untuk menjelaskan masalah kesehatan, tingkat kesehatan, respon klien terhadap penyakit atau kondisi klien (aktual/potensial) sebagai akibat dari penyakitt yang diderita. Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah mevalidasi data, mengoreksi dan mengelompokkan data, menginterpretasikan data, mengidentifikasi masalah dari kelompok data, dan merumuskan diagnosis keperawatan (Hutahaean, 2010).

Tahap perencanaan dilakukan setelah diagnosis dirumuskan. Adapun kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah menyusun prioritas masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, memilih strategi asuhan keperawatan, melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan lain, dan menuliskan atau mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan (Hutahaean, 2010).

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap implementasi adalah tahap melakukan rencana yang telah dibuat pada klien. Adapun kegiatan yang ada dalam tahap implementasi meliputi pengkajian ulang, memperbaharui data dasar, meninjau dan merevisi rencana asuhan yang telah dibuat, dan melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan (Hutahaean, 2010).

Tahap akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi. Pada tahap ini, kegiatan yang dilakukan adalah mengkaji respon klien setelah dilakukan intervensi keperawatan, membandingkan respon klien dengan kriteria hasil, memodifikasi asuhan keperawatan sesuai dengan hasil evaluasi, dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Hutahaean, 2010).

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan empat cara yaitu inspeksi, perkusi, palpasi, dan auskultasi (IPPA). Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan, memerlukan bantuan pencahayaan yang baik, dan pengamatan yang teliti. Perkusi adalah pemeriksaan yang menggunakan prinsip vibrasi dan getaran udara, dengan cara mengetuk permukaan tubuh dengan tangan pemeriksa untuk memperkirakan densitas organ tubuh/jaringan yang diperiksa. Palpasi menggunakan serabut saraf sensori di permukaan telapak tangan untuk mengetahui kelembaban, suhu, tekstur, adanya massa, dan penonjolan, lokasi dan ukuran organ, serta pembengkakan. Auskultasi menggunakan indera pendengaran, bisa menggunakan alat bantu (stetoskop) ataupun tidak. Suara di dalam tubuh dihasilkan oleh gerakan udara (misalnya suara nafas) atau gerakan organ (misalnya peristaltik usus) (Debora, 2012).

## Pengkajian

1. Identitas Pasien

Meliputi nama pasien, tempat tanggal lahir, usia, status perkawinan, pekerjaan, jumlah anak, agama, alamat, jenis kelamin, pendidikan terakhir, asal suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medik, nama orangtua dan pekerjaan orangtua.

1. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan pasien.

1. Riwayat kesehatan
2. Keluhan utama

Biasanya pasien datang kerumah sakit dengan keluhan seperti pendarahan intra servikal dan disertai keputihan yang menyerupai air dan berbau (Padila, 2015). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya datang dengan keluhan mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.

1. Riwayat kesehatan sekarang

Menurut (Diananda, 2009) biasanya pasien pada stadium awal tidak merasakan keluhan yang mengganggu, baru pada stadium akhir yaitu stadium 3 dan 4 timbul keluhan seperti keputihan yang berbau busuk, perdarahan setelah melakukan hubungan seksual, rasa nyeri disekitar vagina, nyeri pada panggul. Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan mual muntah berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.

1. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pada pasien kanker serviks memiliki riwayat kesehatan dahulu seperti riwayat penyakit keputihan, riwayat penyakit HIV/AIDS (Ariani, 2015).

1. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya riwayat keluarga adalah salah satu faktor yang paling mempengaruhi karena kanker bisa dipengaruhi oleh kelainan genetika. Keluarga yang memiliki riwayat kanker didalam keluarganya lebih berisiko tinggi terkena kanker dari pada keluarga yang tidak ada riwayat di dalam keluarganya (Diananda, 2009).

1. Keadaan psikososial

Biasanya tentang penerimaan pasien terhadap penyakitnya serta harapan terhadap pengobatan yang akan dijalani, hubungan dengan suami/keluarga terhadap pasien dari sumber keuangan. Konsep diri pasien meliputi gambaran diri peran dan identitas. Kaji juga ekspresi wajah pasien yang murung atau sedih serta keluhan pasien yang merasa tidak berguna atau menyusahkan orang lain (Reeder, Martin, 2013).

1. Data khusus
2. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

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

1. Keluhan haid

Dikaji tentang riwayat menarche dan haid terakhir, sebab kanker serviks tidak pernah ditemukan sebelum menarche dan mengalami atropi pada masa menopose. Siklus menstruasi yang tidak teratur atau terjadi pendarahan diantara siklus haid adalah salah satu tanda gejala kanker serviks.

1. Riwayat kehamilan dan persalinan

Jumlah kehamilan dan anak yang hidup karna kanker serviks terbanyak pada wanita yang sering partus, semakin sering partus semakin besar resiko mendapatkan karsinoma serviks (Aspiani, 2017).

1. Aktivitas dan Istirahat Gejala :
2. Kelemahan atau keletihan akibat anemia.
3. Perubahan pada pola istirahat dan kebiasaan tidur pada malam hari.
4. Adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur seperti nyeri, ansietas dan keringat malam.
5. Pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen lingkungan dan tingkat stress yang tinggi (Mitayani, 2009).
6. Integritas ego

Gejala: faktor stress, menolak diri atau menunda mencari pengobatan, keyakinan religious atau spiritual, masalah tentang lesi cacat, pembedahan, menyangkal atau tidak mempercayai diagnosis dan perasaan putus asa (Mitayani, 2009).

1. Eliminasi

Perubahan pada pola defekasi, perubahan eliminasi, urinalis, misalnya nyeri (Mitayani, 2009).

1. Makan dan minum

Kebiasaan diet yang buruk, misalnya rendah serat, tinggi lemak, adiktif, bahan pengawet (Mitayani, 2009).

1. Neurosensori

Gejala : pusing, sinkope (Mitayani, 2009).

1. Nyeri dan kenyamanan

Gejala : adanya nyeri dengan derajat bervariasi, misalnya ketidaknyamanan ringan sampai nyeri hebat sesuai dengan proses penyakit (Mitayani, 2009).

1. Keamanan

Gejala : pemajanan zat kimia toksik, karsinogen. Tanda : demam, ruam kulit, ulserasi (Mitayani, 2009).

1. Seksualitas

Perubahan pola seksual, keputihan(jumlah, karakteristik, bau), perdarahan sehabis senggama (Mitayani, 2009).

1. Integritas social

Ketidaknyamanan dalam bersosialisasi, perasaan malu dengan lingkungan, perasaan acuh (Mitayani, 2009).

1. Pemeriksaan penunjang

Sitologi dengan cara pemeriksaan pap smear, koloskopi, servikografi, pemeriksaan visual langsung, gineskopi (Padila, 2015). Selain itu bisa juga dilakukan pemeriksaan hematologi karna biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami anemia karna penurunan hemaglobin. Nilai normalnya hemoglobin wanita 12-16 gr/dl (Brunner & Suddarth, 2013).

1. Pemeriksaan fisik
2. Kepala

Biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami rambut rontok dan mudah tercabut

1. Wajah

Konjungtiva anemis akibat perdarahan.

1. Leher

Adanya pembesaran kelenjar getah bening pada stadium lanjut.

1. Abdomen

Adanya nyeri abdomen atau nyeri pada punggung bawah akibat tumor menekan saraf lumbosakralis (Padila, 2015).

1. Ekstermitas

Nyeri dan terjadi pembengkakan pada anggota gerak (kaki).

1. Genitalia

Biasanya pada pasien kanker serviks mengalami sekret berlebihan, keputihan, peradangan, pendarahan dan lesi (Brunner, 2013). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami perdarahan pervaginam.

## Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb **(D.0015 SDKI Tahun 2016 Halaman 48)**
2. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis (penyebaran ca cervix) **(D.0078 SDKI Tahun 2016 Halaman175)**
3. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan **(D.0023 SDKI Tahun 2016 Halaman 64)**
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan asam lambung **(D.0019 SDKI Tahun 2016 Halaman 56)**
5. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi **(D.0080 SDKI Tahun 2016 Halaman 180)**

## Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada pasien Kanker Serviks yaitu:

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb (D.0015 SDKI Tahun 2016 Halaman 48)
2. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat

1. Kriteria Hasil
	* 1. Denyut nadi perifer meningkat
		2. Penyembuhan luka meningkat
		3. Edema perifer menurun
2. Rencana Keperawatan

*Observasi:*

1. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
2. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (misal diabetes, perokok, orang tua, hipertensi)
3. Monitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas

*Terapeutik*:

1. Hindari pemasangan infus, pengukuran tekanan darah pada area dengan keterbatasan perfusi
2. Lakukan pencegehan infeksi
3. Lakukan hidrasi

*Edukasi:*

1. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah
2. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
3. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis ( penyebaran ca cervix) (D.0078 SDKI Tahun 2016 Halaman175)
4. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Nyeri Klien menurun.

1. Kriteria Hail
2. Keluhan nyeri menurun
3. Meringis menurun
4. Gelisah menurun
5. Rencana Keperawatan

*Observasi*

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

*Terapeutik*

1. Berikan teknik nonfarmakologis

*Edukasi*

1. Jelaskan penyebab nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dalam
4. Risiko Ketidakseimbangan Cairan berhubungan dengan kekurangan intake cairan (D.0036 SDKI Tahun 2016 Halaman 87)
5. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan Klien meningkat.

1. Kriteria Hasil
2. Asupan cairan meningkat
3. Haluaran urin meningkat
4. Kelembaban membrane mukosa meningkat
5. Rencana Keperawatan

Observasi

1. Monitor status hidrasi (missal: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, CRT, kelembaban mukosa, tekanan darah)
2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (missal: hematocrit, Na, K, Cl, BUN)

*Terapeutik*

1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam
2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan
3. Berikan cairan intravena, jika perlu

*Kolaborasi*

1. Kolaborasi pemberian diuretic, jika perlu
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan asam lambung (D.0019 SDKI Tahun 2016 Halaman 56)
3. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolism membaik

1. Kriteria Hasil
2. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
3. Berat badan dan IMT membaik
4. Bising usus membaik
5. Rencana Keperawatan

*Observasi*

1. Monitor asupan makanan
2. Identifikasi makanan yang disukai
3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

*Terapeutik*

1. Lakukan oral hygine sebelum makan, jika perlu
2. Berikan suplemen makanan, jika perlu
3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

*Edukasi*

1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
2. Ajarkan diet yang diprogramkan

*Kolaborasi*

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu
2. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0080 SDKI Tahun 2016 Halaman 180)
3. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya menurun.

1. Kriteria Hasil
2. Perilaku gelisah dan tegang menurun
3. Frekuensi nadi membaik
4. Pucat menurun
5. Rencana Keperawatan

Observasi:

1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah latihan

Terapeutik:

1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
2. Gunakan pakaian longgar
3. Gunakan nada suara yang lembut dengan irama lambat dan berirama
4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai

Edukasi:

1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (missal music meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi

## Pelaksanaan Keperawatan

Dari hasil intervensi yang telah tertulis implementasi / pelaksanaan yang dilakukan disesuaikan dengan keadaan pasien di rumah sakit.

## Evaluasi

1. Evaluasi adalah perbandingan yang sistematik dan terencana tentang keresahan klien dengan berdasar tujuan yang telah ditetapkan.
2. Dalam evaluasi tujuan tersebut terdapat 3 alternatif yaitu tujuan tercapai, tujuan tercapai sebagaian, tujuan tidak tercapai.

## Konsep Masalah

**Risiko Ketidakseimbangan Cairan**

**Perfusi perifer tidak efektif**

Penurunan Hb

Gangguan sumsum tulang

Sistem hematologi dan system imun

**Ansietas**

Perubahan fungsi tubuh

Terjadi kekeringan cairan vagina

Sistem reproduksi

Dehidrasi berat

diare

Nyeri di perut

**Defisit Nutrisi**

Nafsu makan ↓

Mual muntah

Kejang otot perut

Peningkatan asam lambung

Sistem Pencernaan

kemoterapi

Radiasi

Pembedahan

penatalaksanaan

**Nyeri Kronis**

Penekanan pada sel saraf

Kanker Serviks

Stress

Genetik

Sinar UV

Hormon

Zat Kimia

Bakteri

Virus

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

## Pengkajian

## Data Dasar

Ny. S berusia 60 tahun beragama Islam, Jawa, sudah menikah, pendidikan terakhir SD, sehari-hari adalah seorang Ibu rumah tangga. Pasien dirawat di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan diagnosa medis Ca cerviks + Anemia dan akan melakukan kemoterapi. Pasien masuk pada tanggal 19 Mei 2021 pada pukul 08.00.

Riwayat penyakit sekarang Ny. S pada tanggal 19 mei 2021 pasien datang ke poli Rs. Dr Ramelan Surabaya untuk kunjungan ke poli onkologi umtuk melakukan kemotrapi pasien di rencanakan MRS untuk kemoterapi dan tranfusi TD : 120/80 , N : 88x/menit , S : 36,1, SpO2: 98%, kemudian pasien di pindahkan ke ruang E2 dan terpasang infus Nacl 14 tpm pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah ,nyeri hilang timbul, skala nyeri 3-4, nyeri saat malam hari. Pasien mengatakan sudah melakukan kemoterapi tiga kali dan akan melakukan kemoterapi yang keempat.

## Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Obstetri

Pasien mengatakan haid pertama kali pada saat usia 13 tahun dengan siklus normal, setiap siklus sepanjang 5-6 hari dengan banyaknya 60 cc, keluhan pada saat haid yaitu nyeri. Pasien tidak ingat kapan hari pertama haid terakhirnya.

1. Riwayat kehamilan, persalinan dam nifas

Pasien yaitu pada saat anak pertama pada tahun 1978 tidak ada penyulit, dengan jenis persalinan normal, penolong bidan, tidak ada laserasi, tidak ada infeksi, ada perdarahan. Usia persalinan aterm dengan BB janin 3 kg. kemudian untuk persalinan anak kedua pada tahun 1981 pada umur kehamilan 38 minggu, tidak ada penyulit, jeni persalinan normal dibantu bidan, tidak ada laserasi, ada perdarahan, usia persalinan aterm dengan BB janin 3,1 kg.

1. Riwayat Keluarga Berencana

Pasien mengatakan mengikuti program keluarga berencana dengan jenis kontrasepsi suntik 1 bulan sejak melahirkan anak yang kedua. Masalah yang terjadi yaitu keputihan.

1. Riwayat Kesehatan

Pasien mengatakan memiliki riwayat keputihan dan pengobatan yang didapat yaitu obat pervaginal. Riwayat penyakit keluarga pasien yaitu diabetes mellitus.

1. Riwayat Lingkungan

Pada saat pengkajian suami pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah berih, pasien tinggal di pemukiman padat penduduk sehingga ventilasi rumah kurang dan cahaya matahari tidak dapat masuk ke rumah.

## Aspek Psikososial

Pasien mengatakan yakin bisa sembuh dari penyakitnya dan kemoterapinya membuatnya pulih dari keadaan sakitnya. Pasien juga mengatakan sangat bergantung pada anaknya dan tetap bisa bersosialisasi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mengatakan ingin cepat sembuh. Pasien tinggal bersama suami dan anak keduanya. Keluarga pasien sangat mendukung dengan proses pengobatan saat ini.

## Kebutuhan Dasar Khusus

1. *Personal Hygiene*

Pasien mandi 2x/hari dengan sabun, sikat gigi 2 kali/hari pada pagi dan malam, pasien mencuci rambut 3x/minggu menggunakan shampoo.

1. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan lamanya tidur pasien 7 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur yaitu menonton tv, pasien mengatakan sulit tidur saat berada di rumah sakit.

1. Pola Aktivitas dan Latihan

Kegiatan pasien pada saat di rumah yaitu membersihkan rumah, pasien tidak pernah olahraga, pada saat luang pasien biasa bermain bersama cucu.

1. Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien tidak merokok dan tidak minum minuman beralkohol.

## Pengkajian Persistem *(Review of System)*

Keadaan umum Ny.S baik, keadaran compo mentis, GCS 456, nadi: 84 x/menit pada arteri radialis, *respiratory rate*: 19 x/menit, tekanan darah: 120/80 mmHg, SPO2 97%.

1. *Airway and Breathing*

Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada napas cuping hidung, tidak ada sianosis, tidak ada retraksi dinding dada, *Respiratory rate* 19x/menit, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, suara sonor terdengar disemua lapang paru, suhu *axilla*: 36,2℃.

1. *Circulation*

Ictus cordis tidak terlihat, sclera konjungtiva anemis, *capillary refill time* > 3 detik, akral teraba dingin, nadi teraba lemah dengan frekuensi 84x/menit, irama napas reguler, irama jantung regular, tidak terdapat oedema.

1. Neurologi

Kesadaran pasien compo mentis, GCS E4 V5 M6, orientasi lingkungan baik, pupil bulat isokor, Nervus 1 (olfaktorius): penciuman normal, pasien mampu mengenali bau obat dan makanan. Nervus 2 (optikus): reflek terhadap cahaya positif. Nervus 3 (occulomotoris): pasien dapat menggerakkan bola mata, mengangkat kelopak mata. Nervus 4 (trochlearis): pasien mampu menggerakkan mata ke bawah dan ke dalam. Nervus 5 (trigeminus): pasien mampu mengunyah dengan baik. Nervus 6 (abdusen): pasien mampu menggerakkan bola mata kearah lateral. Nervus 7 (fasialis): pasien mampu menggerakkan lidah. Nervus 8 (vestibulocochlearis): pasien mampu mendengar dengan baik. Nervus 9 (glosofaringeal): pasien mampu merasakan 1/3 posterior lidah dan tidak ada gangguan menelan. Nervus 10 (vagus): tidak ada kesulitan menelan dan tidak ada kesulitan membuka mulut. Nervus 11 (asesoritis): pasien mampu menggerakkan kepala dan leher dengan bebas. Nervus 12 (hipoglosus): pasien mampu berbicara dengan normal.

1. *Urinary*

Genetalia bersih, tidak terpasang kateter urin, warna urin kuning jernih dengan frekueni 5-8 kali dalam sehari, tidak ada hematuria, tidak terdapat distensi kandung kemih, terdengar bunyi timpani pada daerah abdomen.

1. Gastrointestinal

Mulut bersih, membran mukosa kering, tidak ada gigi palsu, faring normal, tidak ada mual dan muntah, frekuensi makan 3x sehari, nafsu makan menurun, pasien hanya menghabiskan setengah porsi dari makanan yang disediakan di RS, pasien mengatakan mulutnya terasa pait, berat badan pasien 64 kg, jenis makanan yang dikonsumsi di rumah adalah nasi, lauk pauk dan sayur, pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan dan tidak ada makanan yang tidak disukai. Bising usus pasien 40 x/menit.

1. *Bone* dan Integumen

Warna kulit pasien sawo matang, kuku bersih, turgor kulit tidak elastis, *range of motion* pasien tidak terbatas terbatas, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, tidak ada luka bakar, terdapat edema pada kedua kaki.

Kekuatan Otot :

|  |  |
| --- | --- |
| 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555 |

## Pemeriksaan Penunjang

|  |  |
| --- | --- |
| **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil** |
| Hba1c | 7,8 |
| Asam urat | 5,0 |
| HB | 7,8 |
| Leokosit | 2280 |
| Trombosit | 307.000 |

DATA PENUNJANG LAIN:

1. USG : terdapat abnormalitu servix
2. Rontgen : tidak ada
3. Patologi Anatomi : Carsinoma servix

## Terapi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medikasi** | **Dosis** | **Indikasi** |
| Tranfusi PRC  |  |  |
| Cisplastin 70 mg |  |  |
| PZ 14 tpm |  |  |
| Injeksi transamin 2 x 1 |  |  |
| Vit K 3 x 1 |  |  |

## Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb yang ditandai dengan pasien mengatkan masih mengatakan ada pedarahan pervaginal, pasien mengatakan kadang kepala terasa pusing, pasien terlihat pucat, konjungtiva anemis, CRT > 2 detik, hemoglobin 7.9

Rasional : diagnosa ini ditegakkan pada system sirkulasi pasien yang mengalami penurunan hemoglobin.

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis (penyebaran ca cervix) yang ditandai dengan pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah, nyeri kanker serviks, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri perut bagian bawah hingga vagina, skala nyeri 4 (0-10), nyeri hilang timbul, pasien terlihat menahan sakit ketika nyeri timbul, nyeri tekan pada perut bagian bawah, TD : 130/80 mmHg, N : 88x/menit

Rasional : diagnosa ini ditegakkan karena adanya nyeri pada perut bagian bawah karena aktifnya sel-sel kanker.

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan asam lambung yang ditandai dengan pasien mengatakan mulutnya terasa pahit, pasien mengatakan tidak nafsu makan, BB pasien 64 kg, bising usus 40x/menit, bibir tampak kering, membrane mukosa pucat.

Rasional : diagnosa ini ditegakkan karena meningkatnya asam lambung pasien sehingga menimbulkan penurunan nafu makan pada pasien.

## Rencana Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb (D.0015 SDKI Tahun 2016 Halaman 48)
2. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat

1. Kriteria Hasil
2. Denyut nadi perifer meningkat
3. Penyembuhan luka meningkat
4. Edema perifer menurun
5. Rencana Keperawatan

Observasi:

1. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
2. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (misal diabetes, perokok, orang tua, hipertensi)
3. Monitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas

Terapeutik:

1. Hindari pemasangan infus, pengukuran tekanan darah pada area dengan keterbatasan perfusi
2. Lakukan pencegehan infeksi
3. Lakukan hidrasi

Edukasi:

1. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah
2. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
3. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis ( penyebaran ca cervix) (D.0078 SDKI Tahun 2016 Halaman175)
4. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Nyeri Klien menurun.

1. Kriteria Hail
2. Keluhan nyeri menurun
3. Meringis menurun
4. Gelisah menurun
5. Rencana Keperawatan

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis

Edukasi

1. Jelaskan penyebab nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dalam
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan asam lambung (D.0019 SDKI Tahun 2016 Halaman 56)
5. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolism membaik

1. Kriteria Hasil
2. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
3. Berat badan dan IMT membaik
4. Bising usus membaik
5. Rencana Keperawatan

Observasi

1) Monitor asupan makanan

2) Identifikasi makanan yang disukai

3) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

4) Lakukan oral hygine sebelum makan, jika perlu

5) Berikan suplemen makanan, jika perlu

6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

Edukasi

7) Anjurkan posisi duduk, jika mampu

8) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

9) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu

## Implementasi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No Dx | Tgl Jam | Tindakan  | TT Perawat  | Tgl Jam | Catatan Perkembangan | TT Perawat  |
| 122321,31,2,31,2,31,2,311111 | 07.0007.1007.1008.1508.2008.2509.0010.0010.3010.3510.4011.0012.30 | Menanyakan adanya perdarahan pervagina Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST Melihat reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan menganjurkan pasien untuk menggosok gigiMemberikan asupan nutrisi pada pasienMenganjurkan pasien makan dengan posisi dudukMonitor asupan makanan Melihat adanya tanda dan gejala gangguan sirkulasi perifer Melihat hasil laboratorium (hemoglobin dan hematokritMelakukan Observasi ttvMemasang infusMembantu memasang darah prc 1 bagMembantu mengganti cairan infus | agus | 19-05-2021 | Dx 1 :S :* + - * Pasien mengatakan keluar darah bergumpal dari kemaluan

O : * + - * P=nyeri kanker serviks
			* Q=seperti ditusuk-tusuk
			* R=nyeri perut bagian bawah hingga vagina
			* S=skala nyeri 4
			* T=hilang timbul

A: masalah teratasi sebagianP : lanjutkan intervensiDx 2S :* + - * Pasien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan
			* Pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan kepala pusing

O:* + - * CRT > 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat
			* Hemoglobin :7,9 g/dl

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi DX 3S: * + - * pasien mengatakan mulutnya terasa pahit,
			* pasien mengatakan tidak nafsu makan,
			* BB pasien 64 kg

O: * + - * bising usus 40x/menit,
			* bibir tampak kering,
			* membrane mukosa pucat.

A: masalah belum teratasiP: intervensi dilanjutkan | agus |
| 122321,31,2,31,2,31,2,311111 | 07.0007.1007.1008.1508.2008.2509.0010.0010.3010.3510.4011.0012.30 | Menanyakan adanya perdarahan pervagina Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST Melihat reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan menganjurkan pasien untuk menggosok gigiMemberikan asupan nutrisi pada pasienMenganjurkan pasien makan dengan posisi dudukMonitor asupan makanan Melihat adanya tanda dan gejala gangguan sirkulasi perifer Melihat hasil laboratorium (hemoglobin dan hematokritMelakukan Observasi ttvMemasang infusMembantu memasang darah prc 1 bagMembantu mengganti cairan infus | agus | 21-05-2021 | Dx 1 :S :* + - * Pasien mengatakan keluar darah bergumpal dari kemaluan

O : * + - * P=nyeri kanker serviks
			* Q=seperti ditusuk-tusuk
			* R=nyeri perut bagian bawah hingga vagina
			* S=skala nyeri 4
			* T=hilang timbul

A: masalah teratasi sebagianP : lanjutkan intervensiDx 2S :* + - * Pasien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan
			* Pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan kepala pusing

O:* + - * CRT > 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat
			* Hemoglobin :7,9 g/dl

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi DX 3S: * + - * pasien mengatakan mulutnya terasa pahit,
			* pasien mengatakan tidak nafsu makan,
			* BB pasien 64 kg

O: * + - * bising usus 40x/menit,
			* bibir tampak kering,
			* membrane mukosa pucat.

A: masalah belum teratasiP: intervensi dilanjutkan | agus |
| 122321,31,2,31,2,31,2,311111 | 07.0007.1007.1008.1508.2008.2509.0010.0010.3010.3510.4011.0012.30 | Menanyakan adanya perdarahan pervagina Mengkaji skala nyeri berdasarkan PQRST Melihat reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan menganjurkan pasien untuk menggosok gigiMemberikan asupan nutrisi pada pasienMenganjurkan pasien makan dengan posisi dudukMonitor asupan makanan Melihat adanya tanda dan gejala gangguan sirkulasi perifer Melihat hasil laboratorium (hemoglobin dan hematokritMelakukan Observasi ttvMemasang infusMembantu memasang darah prc 1 bagMembantu mengganti cairan infus | agus | 23-05-2021 | Dx 1 :S :* + - * Pasien mengatakan keluar darah bergumpal dari kemaluan

O : * + - * P=nyeri kanker serviks
			* Q=seperti ditusuk-tusuk
			* R=nyeri perut bagian bawah hingga vagina
			* S=skala nyeri 4
			* T=hilang timbul

A: masalah teratasi sebagianP : lanjutkan intervensiDx 2S :* + - * Pasien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan
			* Pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan kepala pusing

O:* + - * CRT > 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat
			* Hemoglobin :7,9 g/dl

A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi DX 3S: * + - * pasien mengatakan mulutnya terasa pahit,
			* pasien mengatakan tidak nafsu makan,
			* BB pasien 64 kg

O: * + - * bising usus 40x/menit,
			* bibir tampak kering,
			* membrane mukosa pucat.

A: masalah belum teratasiP: intervensi dilanjutkan | agus |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan untuk asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

## 4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S 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. S berusia 60 tahun, beragama islam dan seorang ibu rumah tangga, suku jawa dengan pendidikan terakhir SD. Ny S beralamat di Surabaya. Suami bernama Tn. A berusia 63 tahun, suku jawa, agama islam, pekerjaan swasta. Dari pernikahan Ny. S dan Tn. A memiliki 2 orang anak.

Dien Roisye Item, Dary, (2021) menyebutkan bahwa 59% responden dalam penelitiannya merupakan paritas dengan resiko tinggi yaitu memiliki 2-4 orang anak. Pernyataan ini sejalan dengan identitas dari Ny. S sendiri. Dan sekitar 20% wanita yang terjangkit kanker seviks terjadi pada wanita yang berusia di atas 65 tahun, terutama pada wanita yang tidak melakukan screening kanker teratur saat berada pada umur-umur muda. Karena semakin tua umur perempuan maka tingkat kekebalan tubuh juga mulai menurun. Saat tingkat kekebalan tubuh mulai menurun maka mudah bagi virus penyebab kanker serviks untuk berkembang dalam tubuh.

1. Riwayat Sakit dan Kesehatan

 Ny. S datang ke RS untuk melakukan kemoterapi yang keempat. Pada saat datang Ny. S mengeluh pusing, nyeri da nada sedikit perdarahan. Pada saat datang terkaji tekanan darah Ny. S 120.80 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu tubuh Ny. S 36,1oC, SPO2 Ny. S 98%, kemudian Ny.S dipindahkan ke ruang E2 dan dipasang infus pz 14 tetes per menit. Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 3-4, nyeri hilang timbul dam dirasakan saat malam hari.

Nyeri merupakan keluhan yang paling sering dialami oleh pasien kanker, memberikan rasa tidak nyaman baik bagi fisik dan psikologis pasien (Rora, Wisudawati and Lismidiati, 2021). Sehingga perlunya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan guna meringankan dan menghilangkan rasa nyeri yang timbul pada pasien dengan Kanker serviks.

1. Riwayat Keperawatan
2. Riwayat Obstetri

Pada saat pengkajian didapatkan hasil bahwa riwayat menarche sejak usia 13 tahun banyaknya sekitar 60 cc, siklus menstruasi teratur dengan lama tiap siklus 5-6 hari, keluhan saat haid yaitu nyeri.

1. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas

Pada kehamilan pertama pada tahun 1979 dengan usia 37 minggu, tidak ada penyulit, jenis persalinan normal, penolong bidan, tidak ada penyulit, laserasi tidak ada, terdapat perdarahan, jenis aterm, berat badan bayi 3000 gram.

Pada kehamilan kedua pada tahun 1981 dengan usia 38 minggu, lahir tidak ada penyulit, jenis persalinan norma, penolong bidan, ada perdarahan, berat badan bayi 3100 gram.

1. Riwayat Keluarga Berencana

Pada saat pengkajian pasien mengatakan melaksanakan KB, dengan kontrasepsi suntik 1 bulan, KB dimulai sejak persalinan anak kedua, masalah yang dihadapi selama KB yaitu keputihan. Menurut asumsi penelitian dari Handayani, (2019) ada hubungan penggunan KB dengan Keputihan. Keputihan yang keluar dari vagina disebabkan oleh hormon progesteron yang merubah pHvagina, sehingga jamur mudah tumbuh di dalam vagina dan menimbulkan keputihan.

Penggunaan alat kontrasepsi hormonal dapat menyebabkan kejadian keputihan pada wanita pasangan usia subur karena hormon yang ada dalam alat kontrasepsi tersebut sangat berpengaruh terhadap siklus menstruasi, sehingga lama-kelamaan dapat menyebabkan keputihan. Penggunan KB hormonal seperti pil dan suntik dapat mengakibatkan keputihan karena ketidakseimbangan hormon didalam tubuh. Jika hormon didalam tubuh tidak seimbang memungkinkan terjadinya keputihan. Karena kb pil dan suntik mengganggu kesimbangan hormon progesteron alami di dalam tubuh (Handayani, 2019).

1. Riwayat Lingkungan

Suami dari Ny. S mengatakan bahwa kebersihan lingkungan sekitar rumah bersih, tempat tinggal berada di pemukiman padat penduduk, sehingga ventilasi di rumah kurang dan cahaya matahari tidak dapat masuk ke ruangan. Dari keterangan suami Ny. S dapat diketahui bahwa bahwa yang bisa terjadi adalah penyakit saluran napas.

Banyak hal yang dapat mempengaruhi pengukuran suhu pada rumah, salah satunya yaitu cuaca. Pada penelitian ini suhu rumah yang dilakukan penelitian cukup panas dan tidak memenuhi syarat dikarenakan cuaca pada saat dilakukan penelitian sedang musim kemarau. Suhu yang tinggi dapat mengakibatkan kelembaban yang rendah sehingga mukosa hidung menjadi kering dan kurang efektif dalam menghadang mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh melalui hidung. Dampak lain yang ditimbulkan dari suhu tinggi adalah cepat lelahnya dalam beraktivitas dan tidak cocok untuk beristirahat (Uho, Kemaraya and Kendari, 2021).

Suhu rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan akan meningkatkan kehilangan panas tubuh dan tubuh akan berusaha menyeimbangkan dengan suhu lingkungan melalui proses evaporasi. Kehilangan panas tubuh ini akan menurunkan vitalitas tubuh dan merupakan predisposisi untuk terkena infeksi terutama infeksi saluran nafas oleh agen yang menular (Uho, Kemaraya and Kendari, 2021).

1. Aspek Psikososial

Ny. S takut akan penyakitnya dan kemoterapi membuatnya bertambah sakit. Kehidupan sehari-hari Ny. S bergantung pada anaknya dan Ny. S juga membatasi bertemu dengan orang lain. Ny. S mengatakan harapannya untuk sembuh, keluargapun mendukung dengan pengobatan yang dijalani saat ini.

1. Kebutuhan Dasar Khusus
2. Pola Nutrisi

Pasien makan 3 kali sehari, nafsu makan baik. Jenis makan dirumah yaitu nasi, lauk pauk, sayur. Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan maupun obat juga tidak ada pantangan dan tidak ada makanan yang tidak disukai.

1. Pola Eliminasi

Frekuensi buang air kecil pasien sebanyak 5-8 kali sehari dengan warna kuning jernih. Tidak ada keluhan saat buang air kecil. Untuk frekuensi buang air besar sebanyak 1 kali sehari, dengan warna kekuningan. Bau khas, konsistensi biasa, tidak ada keluhan saat buang air besar.

1. Pola Personal Hygiene

Pasien mandi 2 kali sehari menggunakan sabun dan air bersih. Pasien sikat gigi sebanyak 2 kali sehari dan mencuci rambut 3 kali dalam satu minggu.

1. Pola Istirahat dan Tidur

Lama tidur pasien biasanya selama 7 jam sehari. Kebiasaan yang dilakukan saat waktu luang yaitu menonton TV. Pasien mengatakan sulit tidur saat berada di rumah sakit karena merasa cemas dengan penyakitnya.

1. Pola Aktivitas dan Latihan

Kegiatan yang dilakukan saat di rumah yaitu membersihkan rumah pada saat sore hari. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga. Dan kegiatan disaat luang yaitu bermain bersama cucunya.

1. Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak minum minuman keras. Tidak ada ketergantungan obat.

1. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien baik, kesadaran pasien compos mentis, tekanan darah pasien 120/80 mmHg, *Respiratory Rate* pasien 19x/menit, berat badan pasien 64 kg, nadi pasien 84x/menit, suhu tubuh pasien 36,2oC, tinggi badan pasien 154 cm.

1. Bentuk kepala

Mesochepal, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada hiperpigmentasi di leher, tidak ada lesi, kulit kepala pasien bersih, tidak ada kerontokan rambut, dan tidak ada ketombe, tidak ada massa pada kepala dan tidak ada nyeri.

1. Mata

Kelopak mata normal, gerakan mata simetris dan tidak ada gangguan, konjungtiva tampak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor.

1. Hidung

Reaksi alergi tidak ada, sinus tidak ada. Tidak ada masalah

1. Mulut dan Tenggorokan

Gigi pasien bersih, tidak ada gigi palsu, tidak ada nyeri telan

1. Dada dan Axilla

Tidak terdapat pembesaran mammae, tampak hiperpigmentasi pada areolla, papilla pasien menonjol. Colostrum tidak ada.

1. Pernapasan

Jalan napas pasien paten, suara napas vesikuler, tidak ada otot bantu napas

1. Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut apical 84x/menit, irama regular, tidak ada kelainan bunyi jantung, nyeri tidak ada.

1. Abdomen

Bentuk normal, terdapat nyeri pagian bawah perut dengan skala 4, nyeri hilang timbul terutama saat malam hari.

1. *Genetourinary*

Perineum bersih, terdapat perdarahan pervaginam. Pasien menggunakan pembalut setiap 5 jam ganti tapi tidak penuh.

1. Ekstremitas (integument/musculoskeletal)

Turgot kulit pasien baik, warna sawo matang, tidak ada kontraktur sendi, tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada nyeri.

## Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb

Dari hasil pengkajian data yang didapatkan adalah pasien mengatakan masih ada perdarahan pervaginam. Pasien juga tampak pucat. Konjungtiva anemis, *capillary refill time* > 2 detik, hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil hemoglobin 7,9 g/dl

Dampak pada penderita kanker serviks adalah pendarahan yang berlebihan, rasa sakit akibat penyebaran kanker serviks, pengumpalan darah setelah pengobatan. Mengingat semakin meningkatnya angka kejadian kanker serviks, maka perlu perawatan intensif dan tindakan pelayanan yang komfrehensif melalui proses keperawatan serta melibatkan banyak sektor. Pemerintah melakukan upaya diantaranya deteksi dini pada wanita serta pelayanan rujukan yang terjangkau adanya gejala awal kanker serviks harus dicurigai bila ada wanita dengan Amenorea, perdarahan pervaginam, dan nyeri pada perut (Dien Roisye Item, Dary, 2021)

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis

Dari hasil pengkajian data yang didapatkan adalah pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 4, nyeri hilang timbul dan muncul terutama saat malam. Pasien tampak menahan sakit.

Salah satu masalah yang sering muncul pada penderita kanker serviks adalah nyeri. Nyeri merupakan pengalaman pribadi yang bersifat subyektif tergantung pada persepsi seseorang, perhatian, dan factor psikologis lain, yang mengganggu perilaku berkelanjutan dan membuat setiap orang berusaha untuk menghentikan rasa nyeri tersebut (Asyifa Nur Qumilaili Fatahajad, 2020). Nyeri dapat berasal dari berbagai bagian tubuh akibat perjalanan penyakit itu sendiri atau sebagai akibat dari terapi dan prosedur yang dilakukan termasuk operasi, kemotaerapi dan radioterapi. Nyeri berpengaruh langsung terhadap organ yang terkena dan terpengaruh langsung terhadap jaringan lunak yang terkena (Asyifa Nur Qumilaili Fatahajad, 2020). Nyeri pada pasien kanker serviks yaitu nyeri kronis yang disebabkan oleh perjalanan kanker serviks itu sendiri. nyeri kronik malignan yang disebut juga nyeri kanker memiliki penyebab nyeri yang dapat diidentifikasi, yaitu terjadi akibat perubahan pada saraf. Perubahan ini terjadi karena adanya penekanan pada saraf akibat metastasis sel-sel kanker maupun pengaruh zat-zat kimia yang dihasilkan oleh kanker itu sendiri (Asyifa Nur Qumilaili Fatahajad, 2020).

1. Defiit Nutrisi berhubungan dengan meningkatnya asam lambung

Dari hasil pengkajian data yang didapatkan pasien mengatakan mulutnya terasa pahit, pasien mengatakan tidak nafsu makan, BB pasien 64 kg, bising usus 40x/menit, bibir tampak kering, membrane mukosa pucat.

Salah satu penyakit keganasan yaitu kanker serviks atau kanker leher rahim. Di Indonesia berdasarkan data dari WHO kanker serviks menempati urutan kedua kematian setelah kanker payudara. Kasus baru kanker serviks sekitar 20.928 dan kematian akibat kanker serviks dengan prosentase 10,3%. (WHO, 2015). Penyakit yang tidak mudah disembuhkan, merupakan penyakit kronis, cenderung berkepanjangan, dan menjadi bagian dari kehidupan seseorang. (Badan Penelitian dan Pengembangan, 2013). Penyakit kronis memang tidak menyebabkan kematian secara langsung, hal ini mengakibatkan pasien merasa lemah dan sakit dalam jangka waktu yang lama salah satunya adalah kanker. World Health Organization (2010)Kanker merupakan salah satu penyakit dengan jumlah kematian tertinggi kedua setelah penyakit jantung di dunia. (Badan Penelitian Dan Pengembangan, 2013).

Anoreksia sering dijumpai pada pasien kanker, dengan insiden 15%-40% pada saat didiagnosa.13 Anoreksia merupakan penyebab utama terjadinya kaheksia pada pasien kanker. Penyebab dan mekanisme anoreksia pada pasien kanker sampai sekarang belum diketahui secara jelas. Produk metabolit kanker juga dapat menyebabkan anoreksia.. Metabolit kanker juga dapat menyebabkan perubahan rasa kecap. Stress psikologis yang terjadi pada pasien kanker memegang peran penting dalam terjadinya anoreksia. Obstruksi mekanik pada traktus gastrointestinal, nyeri, depresi, konstipasi, malabsorbsi, efek samping pengobatan seperti opiat, radioterapi dan kemoterapi dapat menurunkan asupan makanan. Pengobatan dengan anti kanker juga penyebab tersering terjadinya malnutrisi. Kemoterapi dapat menyebabkan mual, muntah, kram perut dan kembung, mucositis dan ileus paralitik. Beberapa antineoplastik seperti fluorourasil, adriamysin, methotrexate dan cisplatin menginduksi komplikasi gastrointestinal yang berat.

## Intervensi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka dan pada perencanaan tindakan keperawatan pada Ny. S menggunakan kriteria hasil pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku (afektif).

Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa 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.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb. Tujuan yang bisa didapatkan dari pasien yaitu perfusi perifer meningkat. Dengan perilaku adaptif: denyut nadi perifer meningkat , penyembuhan luka meningkat, edema perifer menurun. Intervensi keperawatan antara lain: 1) memeriksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), 2) mengidentifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (misal diabetes, perokok, orang tua, hipertensi), 3) memonitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas, 4) menghindari pemasangan infus, 5) pengukuran tekanan darah pada area dengan keterbatasan perfusi, 6) melakukan pencegehan infeksi, 7) meakukan hidrasi, 8) menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, 9) menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat.
2. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis (penyebaran ca cervix). Tujuan yang diharapkan pada pasien yaitu Nyeri Klien menurun. Dengan perilaku adaptif: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Intervensi keperawatan yaitu antara lain: 1) medentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2) mengidentifikasi skala nyeri, 3) mengidentifikasi respons nyeri non verbal, 4) mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, 5) memberikan teknik nonfarmakologis, 6) menjelaskan penyebab nyeri, 7) menjelaskan strategi meredakan nyeri, 8) mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dalam.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan asam lambung. Tujuan yang diharapkan yaitu asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolism membaik dengan perilaku adaptif: porsi makanan yang dihabiskan meningkat, berat badan dan IMT membaik, bising usus membaik. Intervensi Keperawatan yaitu antara lain: 1) Monitor asupan makanan, 2) Identifikasi makanan yang disukai, 3) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, 4) Lakukan oral hygine sebelum makan, jika perlu, 5) Berikan suplemen makanan, jika perlu, 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, 7) Anjurkan posisi duduk, jika mampu, 8) Ajarkan diet yang diprogramkan, 9) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu.

## 4.4 Implementasi

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

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 19 Mei 2021, 21 Mei 2021 dan 23 Mei 2021. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) memeriksa sirkulasi perifer (misal nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), 2) mengidentifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (misal diabetes, perokok, orang tua, hipertensi), 3) memonitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas, 4) menghindari pemasangan infus, 5) pengukuran tekanan darah pada area dengan keterbatasan perfusi, 6) melakukan pencegehan infeksi, 7) meakukan hidrasi, 8) menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, 9) menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat.
2. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis (penyebaran ca cervix. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 19 Mei 2021, 21 Mei 2021 dan 23 Mei 2021. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2) mengidentifikasi skala nyeri, 3) mengidentifikasi respons nyeri non verbal, 4) mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, 5) memberikan teknik nonfarmakologis, 6) menjelaskan penyebab nyeri, 7) menjelaskan strategi meredakan nyeri, 8) mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dalam.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan asam lambung. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 19 Mei 2021, 21 Mei 2021 dan 23 Mei 2021. Implementasi yang dilakukan adalah: 1) Monitor asupan makanan, 2) Identifikasi makanan yang disukai, 3) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, 4) Lakukan oral hygine sebelum makan, jika perlu, 5) Berikan suplemen makanan, jika perlu, 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, 7) Anjurkan posisi duduk, jika mampu, 8) Ajarkan diet yang diprogramkan, 9) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu.

## 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 serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb pada hari ketiga (23/05/2021) didapatkan pasien mengatakan keluar darah bergumpal dari kemaluan, nyeri kanker serviks, seperti ditusuk-tusuk, nyeri perut bagian bawah hingga vagina, skala nyeri 4, hilang timbul.
2. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis (penyebaran ca cervix) pada hari ketiga (23/05/2021) didapatkan pasien mengatakan masih keluar darah dari kemaluan , pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan kepala pusing, CRT > 2 detik, konjungtiva anemis, muka pucat, Hemoglobin :7,9 g/dl.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan asam lambung pada hari ketiga (23/05/2021) didapatkan pasien mengatakan mulutnya terasa pahit, pasien mengatakan tidak nafsu makan, BB pasien 64 kg, bising usus 40x/menit, bibir tampak kering, membrane mukosa pucat.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Kanker Serviks di Ruang E2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

## Kesimpulan

1. Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengalami penurunan kadar hemoglobin menjadi 7,8 g/dl dan mengalami perdarahan pervaginam yang mengakibatkan pasien menjadi lemas dan mengalami perfusi perifer tidak efektif. Pasien juga mengatakan nyeri pada bagian perut bagian bawahnya. Selain itu pasien mengatakan cemas dan takut akan penyakitnya.
2. Pada pasien muncul diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis, dan Defisit nutrisi berhubungan dengan meningkatnya asam lambung.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil tekanan darah normal dan tidak merasa cemas dan nyeri berkurang. Rencana tindakan keperawatan sudah disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks harus melihat kondisi pasien secara keseluruhan dan target waktu penyelesaiannya juga disesuaikan dengan kemampuan pasien.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan meliputi; 1) perawatan sirkulasi, 2) manajemen nyeri, 3) dan manajemen nutrisi.
5. Hasil evaluasi, pasien mengatakan masih keluar darah pervaginam, badan terasa lemas, dan mengeluh nyeri pada bagian perut bawah.

## Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai sikap, pengetahuan, dan keterampilan yang mendukung sehingga mampu bekerja secara professional.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan baik formal maupun non formal guna tercapainya proses pelayanan yang professional.

# DAFTAR PUSTAKA

Ajeng, A., Zuhrotunida & Yunita, R. (2009) ‘Efektivitas Media Video dan Media Leaflet tentang SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri) terhadap Perubahan Perilaku Remaja’, *urnal Dinamika UMT*, 3(1).

Aqila Smart (2010) *Bahagia di Usia Menopause*. Yogyakarta: Aplus Books.

Ariani, S. (2015) *Stop Kanker*. Yogyakarta: Istana Media.

Aspiani, R. Y. (2017) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.

Asyifa Nur Qumilaili Fatahajad, A. I. (2020) ‘ASUHAN KEPERAWATAN

Brunner & Suddarth (2013) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta: EGC.

Budiono & Pertami, S. B. (2015) *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.

Cancer Research UK (2015) *Cervical Cancer*.

Debora, O. (2012) *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.

Diananda, R. (2009) *BukuSaku Pencegahan Kanker Leher Rahim danKanker Payudara*. Jakarta: EGC.

Dien Roisye Item, Dary, G. M. (2021) ‘Jurnal Keperawatan & Kebidanan Jurnal Keperawatan & Kebidanan’, *Jurnal Keperawatan*, 13(1), pp. 213–226.

Eko Maulana Syaputra\*, T. S. N. (2021) ‘Jurnal Keperawatan & Kebidanan Jurnal Keperawatan & Kebidanan’, *Jurnal Keperawatan*, 13(1), pp. 213–226.

Emilia, O. (2010) *Kalender Kehamilan –Panduan Perawatan Antenatal dan Perkembangan Janin Selama 40 Minggu*. Yogyakarta: Andi Publisher.

GLOBOCAN (2012) *stimated Cancer Insidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Available at: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\_sheets\_cancer.aspx?cancer=lung (Accessed: 17 July 2021).

Gupta, Deepika., Sonia, Mann., Avijit, Sood dan Rajinder, K. G. (2011) ‘Phytochemichal, Nutritional and Antioxidant Activity Evaluation of Seeds of Jackfruit (Artocarpus heterphillus Lam.)’, *International Journal of Pharma and Bio Science*, 2, pp. 336–345.

Handayani, R. (2019) ‘Hubungan Vulva Hygiene Dan Penggunan Kb Dengan Keputihan Pada Wanita Usia Subur’, *Jurnal Keperawatan Priority*, 4(1), pp. 50–59.

Hutahaean (2010) *Konsep dan dokumentasi proses keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

Kementrian Kesehatan RI (2015) *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Mitayani (2009) *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.

Nila, F. (2018) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*.

Nugroho, T. (2010) *Buku Ajar Obstetri*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Padila (2015) *Asuhan Keperawata MaternitasII*. Jakarta: Nuha Medika.

Rahayu, D. S. (2015) *Asuhan Ibu Dengan Kanker Serviks*. Jakarta: Salemba Medika.

Reeder, Martin, & K.-G. (2013) *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi Dan Keluarga Edisi 8 Vol 1*. Jakarta: EGC.

Riksani, R. (2016) *Kenali Kanker Serviks Sejak Dini*. Yogyakarta: Rapha Publishing.

Rora, E., Wisudawati, S. and Lismidiati, W. (2021) ‘STUDI LITERATURE Savitri, A. (2015) *Kupas Tuntas Kanker Payudara, Leher Rahim & Rahim*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Smeltzer S dan Bare B (2011) *Buku ajar keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Volume 2*. 8th edn. Jakarta: penerbitBuku Kedokteran Indonesia EGC.

Sukardja, I. D. G. (2010) *Onkologi Klinik*. Surabaya: Airlangga University Press.

Supriyanto, W. (2014) *Kanker Deteksi Dini, Pengobatan dan Penyembuhannya*. Yogyakarta: Parama Ilmu.

Uho, J. K. L., Kemaraya, P. and Kendari, K. (2021) ‘UNIV . HALU OLEO The Relationship of House Physical Environment with The Incidence of Positive UNIV . HALU OLEO’, 1(4).

Yanty Vidi Novita (2013) ‘BU DALAM MELAKUKAN TES PAP SMEAR DI’, *ournal Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta*, pp. 44–46.

**Lampiran 1**

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Agus Handoko

NIM : 161.0007

Progam Studi : S-1 Keperawatan

Tempat,Tanggal Lahir : Malang, 16 Agustus 1995

Umur : 24 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Nama Orang Tua : Suliono dan Nur Halimah

Agama : Islam

Alamat : Wonorejo Lawang

No Hp : 082322822227

Email : Ahgrab95@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2001 - 2007 : SDK Santo Fransiscus Lawang
2. Tahun 2007 - 2010 : SMPK Budi Mulia Lawang
3. Tahun 2010 - 2013 : SMK Penerbangan “Angkasa” Singosari

**Lampiran 2**

**MOTTO dan PERSEMBAHAN**

“Hidup Hanya Sekali Hiduplah Yang Berarti”

Persembahan :

* + - 1. Bapak Suliono dan Ibu Nur halimah selalu memberi dukungan baik materil, hingga do’a yang tak pernah henti.
			2. Kakak, Adik dan Pasangan saya yang menjadi penyemangat dalam penyusunan karya ini.
			3. Untuk teman-teman profesi yang telah memberikan dukungan, dan hiburan disela-sela pengerjaan Kia ini.
			4. Untuk sahabat-sahabat saya satu bimbingan (Reidian, Rosiela, Novie, Ivone, Jija, dan linda) yang saling memberikan semangaat dan mengingatkan saat teman satu dan lainnya merasa lelah.
			5. Untuk S1 Tingkat 4 Angkatan 22 terimakasih telah memberikan semangat dan doa untuk penulisan ini, Semoga kita selalu dimudahkan dalam segala urusan oleh Allah SWT.

## Lampiran 3

## SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)

|  |
| --- |
| **SOP PEMASANGAN INFUS** |
| Pengertian | Pemasangan infus adalah salah satu cara atau bagian dari pengobatan memasukkan obat atau vitamin ke dalam tubuh pasien (Darmawan, 2008).Terapi itravena adalah memasukkan jarum atau kanula kedalam vena ( pembulu balik ) untuk di lewati cairan infus / pengobatan, dengan tujuan agar sejumlah cairan atau obat dapat masuk ke dalam tubuh melalui vena dalam jangka waktu tertentu (Lukman, 2007). |
| Tujuan | Tujuan utama terapi intravena adalah mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak, dan kalori yang tidak dapat di pertahankan oleh oral. mengoreksi dan mencegah gangguan cairan dan elektrolit, memperbaiki keseimbangan asam basah, memberikan tranfusi darah, menyediakan medium untuk pemberian obat intravena, dan membantu pemberian nutrisi parentral (Hidayat, 2008). |
| Indikasi dan Kontra Indikasi | **Indikasi**1. kondisi emergency
2. pasien yang mendapatkan terapi dengan dosis besar terus menerus melalui pembuluh darah
3. pasien yang membutuhkan pencegahan gangguan cairan dan elektrolit
4. pasien yang mendapat tranfusi darah
5. pasien yang mendapat tranfusi albumin

**Kontra Indikasi**1. terdapat inflasi ( bengkak, nyeri, demam ) flebitis, luka bakar dan infeksi di area yang akan di pasang infus
2. vena yang bercabang
 |
| Pelaksanaan | 1. Persiapan Alat
2. Standart infus
3. Cairan yang akan diberikan
4. Infus set / Tanfusi set
5. Abocat / IV cateter sesuai Ukuran
6. Kapas Alcohol / Alcohol Swab
7. Gunting
8. Torniquit
9. Plester
10. Pengalas / Perlak
11. Sarung Tangan
12. Persiapan Pasien
13. Lakukan tindakan dengan 5s ( senyum, salam, sapa, sopan, santun )
14. Lakukan perkelan diri dan identifikasi pasien.
15. Jelaskan maksud dan tujuan yang akan di lakukan ke pasien.
16. Jelaskan prosedur tindakan.
17. Buat inform consent.
18. Persiapan Lingkungan
19. Menjaga privasi pasien dengan menutup sketsel atau sampiran.
20. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan aman.
21. Pelaksanaan Tindakan
22. Cuci tangan menggunakan handrub 6 langkah dengan waktu 20-40 menit.
23. Pasang sarung tangan dan dekatkan alat-alat pada pasien dan isi infus set dengan cairan pastikan tidak ada udara.
24. Pasang pengalas atau perlak.
25. Tentukan vena atau area yang akan di pasang infus.
26. Periksa ulang cairan yang akan di berikan.
27. Pasang torniquit diatas vena vena yang akan di pasang infus.
28. Desifektanlah vena atau area yang akan di tusuk dengan diameter 5 - 10.
29. Tusuklan vena menggunakan aboket atau IV cateter.
30. Pastikan aboket atau IV cateter masuk dalam pembuluh darah sampai IV cateter terisi darah
31. Tarik jarum IV kateter dan tutup IV cateter menggunakan tutupnya.
32. Buka torniquit dan pasang plester di area penusukan.
33. Buka penutup IV cateter dan sambungkan infus set pada IV cateter cek pengatur cairan dan tetesan cairan infus.
34. Viksasi kembali IV cateter seluruhnya.
35. Tentukan jumlah tetesan yang akan diberikan pada pasien.
36. Beritahu pasien bahwa tindakan sudah selesai.
37. Bereskan alat dan lepaskan sarung tangan.
38. Cuci tangan 6 langkah menggunakan hanrub.
 |
| Evaluasi | 1. Evaluasi hasil tindakan dan respon pasien.
2. Ucapkan salam dan kembali ke ruangan.
 |