

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Z DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS *CA SERVIKS + CKD + ANEMIA* DI RUANG F2  
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh:**

**ESA ADIPURA, S.Kep**  
**NIM. 213.0012**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH  
TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Z DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS CA SERVIKS + CKD + ANEMIA DI RUANG F2  
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA SURABAYA**

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



**Oleh:**

**ESA ADIPURA S.Kep  
NIM. 213.0112**

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

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

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

Surabaya, Juli 2022  
Penulis



**Esa Adipura S.Kep**  
**NIM. 2130112**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah saya periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Esa Adipura, S.kep

NIM : 2130112

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Diagnosa  
*Medis Ca Serviks + CKD + Anemia* Di Ruang F2 RSPAL  
Dr. Ramelan Surabaya

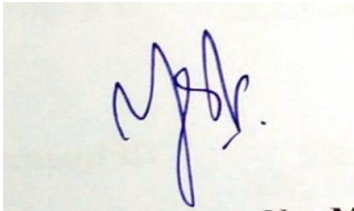
Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Surabaya 28 Juni 2022**

**Pembimbing Akademik**

**Surabaya, Juli 2022**  
**Pembimbing Klinik**



**Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes**  
**NIP. 03067**



**Siti Nurhayati S.ST**  
**NIP. 19790424 200604 2 005**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Esa Adipura S.Kep

NIM : 2130112

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

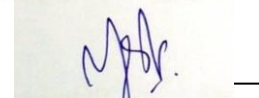
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Diagnosa  
*Medis Ca Serviks + CKD + Anemia* Di Ruang F2  
Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

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

**Penguji I : Diyah Arini S.Kep., Ns., M.Kes**  
**NIP. 03003**



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



**Penguji III : Siti Nurhayati S.ST**  
**NIP. 19790424 200604 2 005**  
**Mengetahui.**



**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr.Hidayatus Sya'diyah,S.Kep., M.Kep**

**NIP.**

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

## **KATA PENGANTAR**

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

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

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

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

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

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

Surabaya, Juni 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>DARTAR GAMBAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1Tujuan Umum .....	4
1.3.2Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN KASUS</b> .....	<b>9</b>
2.1 Konsep Dasar Anatomi fisiologi.....	9
2.1.1 Alat Reproduksi Bagian luar .....	9
2.1.2 Alat Reproduksi Bagian Dalam.....	11
2.2 Konsep dasar Ca serviks .....	13
2.2.1 Definisi .....	14
2.2.2 Etiologi.....	14
2.2.3 Patofisiologi .....	15
2.2.4 Klasifikasi .....	16
2.2.5 Tanda Dan Gejala .....	17
2.2.6 Komplikasi.....	18
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang .....	19
2.2.8 Penatalaksanaan .....	21
2.3 Konsep Dasar CKD .....	25
2.3.1 Definisi .....	25
2.3.2 Etiologi.....	25
2.3.3 Patofisiologis.....	26
2.3.4 Manifestasi Klinis .....	27
2.3.5 Komplikasi .....	28
2.3.6 Penatalaksanaan Medis .....	29
2.3.7 Pemeriksaan Penunjang .....	30
2.4 Konsep Dasar Anemia.....	31



2.4.1	Pengertian.....	31
2.4.2	Etiologi.....	32
2.4.3	Patofisiologi.....	32
2.4.4	Manifestasi Klinis.....	32
2.4.5	Komplikasi.....	34
2.4.6	Penatalaksanaan.....	34
2.4.7	Pemeriksaan Penunjang.....	34
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan untuk Ca Cervix.....	34
2.5.1	Pengkajian.....	34
2.5.2	Diagnosa keperawatan.....	39
2.5.3	Intervensi keperawatan.....	40
2.5.4	Implementasi.....	42
2.5.5	Evaluasi.....	43
2.5.6	Web of Coughtion (Suddarth, 2014).....	44
<b>BAB 3</b>	<b>TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>45</b>
3.1	Pengkajian.....	45
3.2	Analisa Data.....	58
3.3	Rencana Keperawatan.....	61
3.4	Implementasi Keperawatan.....	65
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN.....</b>	<b>69</b>
4.1.	Pengkajian.....	69
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	73
4.3	Intervensi keperawatan.....	74
4.4	Implementasi keperawatan.....	76
4.5	Evaluasi keperawatan.....	77
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>80</b>
5.1	Simpulan.....	80
5.2	Saran.....	81
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>83</b>
	<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>86</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Klasifikasi .....	16
Tabel 3.2 Intervensi asuhan keperawatan .....	41
Tabel 3.3 Hasil laboratorium .....	52
Tabel 3.4 Terapi .....	55
Tabel 3.5 Analisa data .....	56
Tabel 3.6 Prioritas masalah .....	58
Tabel 3.7 Rencana keperawatan.....	59
Tabel 3.8 Evaluasi.....	63

## **DARTAR GAMBAR**

Gambar Alat reproduksi Wanita bagian luar .....	11
Gambar Alat reproduksi Wanita bagian dalam .....	15
Gambar WOC.....	28
Gambar genogram.....	34

## DAFTAR SINGKATAN

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

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

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

Pengobatan kemoterapi memiliki berbagai efek antara lain anemia. Anemia adalah turunannya hemoglobin (HB) dibawah nilai terendah. Sebagaimana diketahui hemoglobin orang normal 13 – 16 g%. Anemia pada pasien kanker dapat menyebabkan kelelahan dan penurunan kualitas hidup dan meningkatnya mortalitas. Secara umum adanya anemia pada penderita kanker dapat meningkatkan mortalitas hingga 65%. pada kasus kanker serviks yang sudah dalam tahap stadium lanjut, sel kanker menyebabkan penumpukan urine dalam ginjal. Kondisi ini menyebabkan setengah fungsi ginjal hilang bahkan paling parah menyebabkan kerusakan fungsi ginjal secara menyeluruh (Di & Moewardi, 2013) Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosa medis Ca Cervix antara lain diantaranya, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemi, hipoglikemia dan intoleransi aktivitas

Kanker serviks termasuk masalah kesehatan yang sangat serius dan menjadi perhatian dunia. Setiap tahun, lebih dari 300.000 wanita meninggal dunia. Lebih dari setengah juta wanita di diagnosis dan tiap menit seorang wanita di diagnosis. Kanker ini menempati urutan keempat yang paling banyak diderita wanita di dunia. Diperkirakan 570.000 kasus baru pada tahun 2018, mewakili 6,6 % dari semua kanker yang dialami wanita (WHO, 2019 ). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, Prevalensi tumor/kanker di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari 1.4 per 1000 penduduk di tahun 2013 menjadi 1,79 per 1000 penduduk pada tahun 2018. (Kemenkes RI,2018). Di Jawa timur sendiri terdapat jumlah prevalensi kanker serviks pada tahun 2016 terdapat 7.013 perempuan dan di tahun 2017 meningkat menjadi 9.494 perempuan. Berdasarkan data di Dinas Kesehatan Surabaya pada tahun 2017 perempuan yang diperiksa IVA sebanyak 13.551 orang (2,84%) dan sebanyak 218 perempuan mengalami kasus kanker serviks (Kemenkes RI, 2019) . Data di ruang F2 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya pada rentang bulan Januari sampai Desember 2021 yaitu sebanyak 459 orang.

Faktor dominan terjadinya kanker serviks seperti Infeksi HPV (Human Papilloma Virus), Usia Perkawinan, umur, Pil Kontrasepsi dan penyebab yang pasti kanker serviks belum diketahui, tetapi penelitian akhir dari luar negeri mengatakan bahwa virus yang disebut HPV(Human Papilloma Virus) menyebabkan faktor risiko seorang wanita untuk terkena kanker serviks meningkat tajam. Dikatakan, para wanita dengan HPV tinggi, paling sedikit 30 kali lebih cenderung berisiko mengidap penyakit kanker serviks dibanding dengan wanita dengan HPV(Human Papilloma Virus). Dampak kanker serviks bisa terjadi

akibat kanker yang semakin berkembang atau akibat pengobatan kanker serviks, seperti pendarahan akibat kanker yang menyebar ke vagina, usus, dan kandung kemih, nyeri hebat akibat kanker yang menyebar ke tulang, otot, dan ujung saraf dan penumpukan urine di ginjal (hidronefrosis) yang bisa memicu gagal ginjal (Siti Meilan Simbolon1., 2019) Pada sebagian pasien CKD sering diikuti kejadian anemia. Anemia adalah suatu keadaan kadar hemoglobin dalam darah menurun. Anemia dapat terjadi pada 80-90% pasien gagal ginjal kronik, terutama bila sudah mencapai stadium III. Anemia pada pasien gagal ginjal kronis jika didapatkan hemoglobin <12 gr/dl untuk wanita, sedangkan <13 gr/dl pada pria. Ginjal merupakan organ yang memproduksi eritropoietin yang berfungsi sebagai pengatur produksi eritrosit yang ada di sumsum tulang. Pasien CKD akan mengalami defisiensi eritropoietin karena fungsi ginjal tidak mampu untuk memproduksi eritropoietin dengan seimbang, sebagai hasilnya, terdapat kecenderungan hubungan linear antara kadar hemoglobin dan laju filtrasi glomerulus pada pasien CKD.(Yuniarti, 2021)

Berdasarkan uraian diatas sebagai upaya pencegahan kanker leher rahim, dapat dilakukan pemeriksaan skrining untuk deteksi dini dan pemberian vaksin HPV. Terapi radiasi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel kanker, Terapi ini mempengaruhi sel-sel di daerah yang diobati, kemoterapi diberikan sebelum operasi untuk memperkecil ukuran kanker yang akan di operasi atau sesudah operasi untuk membersihkan sisa-sisa sel kanker, kadang dikombinasikan dengan terapi radiasi tapi kadang juga tidak.(Yeni, 2018). Kemoterapi ini biasanya diberikan dalam tablet/pil, suntikan, atau infus. Jadwal pemberian ada yang setiap hari, sekali seminggu atau bahkan sekali sebulan. Efek

samping yang terjadi terutama tergantung pada jenis obat-obatan yang diberikan dan seberapa banyak. Kemoterapi membunuh sel-sel kanker yang tumbuh cepat, terapi juga dapat membahayakan sel-sel normal yang membelah dengan cepat,(Triana et al., 2018) Transfusi diberikan untuk mengatasi anemia, menambah volume darah, atau memperbaiki imunitas. Namun, komponen normal dari membran eritrosit seseorang dapat memicu terbentuknya kompleks antigen-antibodi yang merusak tubuh pasien.(I Kadek, 2020)

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “ Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan Kanker Serviks + CKD + Anemia di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ? “

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Kanker Serviks + CKD + Anemia Di Ruang F2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan kanker serviks + CKD + Anemia di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisis masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Kanker serviks + CKD + Anemia di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks + CKD + Anemia di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.



4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks + CKD + Anemia di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks + CKD + Anemia di ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

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

1. Secara Teoritis

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

2. Secara Praktis

- a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Kanker Serviks sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada

pasien dengan Kanker Serviks serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi keluarga dan klien

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

d. Bagi penulis selanjutnya

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

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1. Metode**

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

### **2. Teknik pengumpulan data**

a. Wawancara

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

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber data

a. Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien.

b. Data Sekunder

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

c. Studi kepustakaan

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

### **1.6 Sistematika Penulisan**

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

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

- a. Bab 1 Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.
- b. Bab 2 Tinjauan Pustaka: yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose Stroke Infark
- c. Bab 3 Tinjauan Kasus : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan
- d. Bab 4 Pembahasan : pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.
- e. Bab 5 Simpulan dan Saran

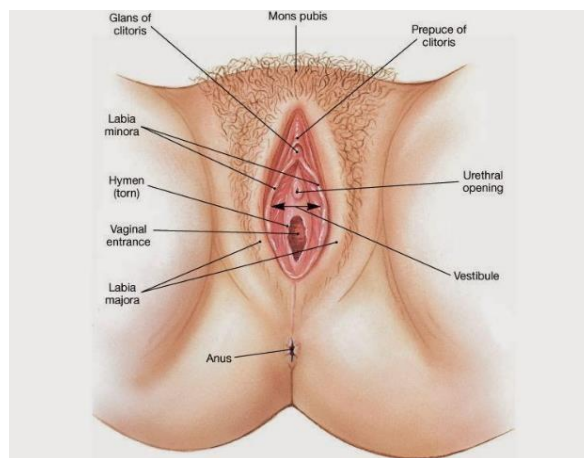
## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Anatomi fisiologi

##### 2.1.1 Alat Reproduksi Bagian luar

Secara anatomi fisiologis, organ reproduksi wanita terbagi menjadi dua bagian yaitu :



**Gambar 1.1** Alat Reproduksi Wanita Bagian Luar

Fungsi utama organ luar reproduksi wanita adalah sebagai jalan masuk sperma ke dalam rahim wanita dan sebagai perisai yang melindungi organ dalam dari organisme penyebab infeksi. Organ ini terdiri dari mons veneris, labia mayor (bibir besar), labia minor (bibir kecil), klitoris, vestibulum, kelenjar bartholin, dan himen atau bisa kita kenal dengan nama selaput dara.

### 1. *Mons Veneris*

*Mons veneris* adalah bagian luar organ kelamin wanita yang berbentuk menonjol di bagian depan *simfisis*. Organ ini terdiri dari jaringan lemak dan sedikit jaringan ikat. Saat usia dewasa, bagian ini biasanya tertutup oleh rambut *pubic*. *Mons Veneris* berfungsi sebagai pelindung organ reproduksi wanita terhadap benturan-benturan dari luar. Dan juga dapat berfungsi untuk menghindari infeksi dari luar.

### 2. *Labia Mayor* (bibir besar)

Organ kelamin bagian luar pada wanita dibatasi oleh *labia mayor*. *Labia mayor* merupakan kelanjutan dari *mons venerin* dan berbentuk lonjong. *Labia mayor* kanan dan kiri bertemu di bagian belakang dan membentuk *commisura posterior*, dibelakangnya (diantara *commisura posterior* dan anus) itu disebut *perineum*.

### 3. *Labia minor* (bibir kecil)

*Labia minor* adalah lipatan yang berada tepat di sebelah dalam *labia mayor*, dekat dengan bagian klitoris bibir kecil dan bertemu membentuk *prekulum klitoridis*. *Labia minor* terbentuk mengelilingi lubang vagina dan uretra. *Labia minor* ditutupi oleh kulit yang kaya akan kelenjar keringat dan *sebacea* untuk melubrikasi permukannya (mengeluarkan cairan lubrikasi).

### 4. Klitoris

Klitoris merupakan pertemuan antara *labia minor* bagian kiri dan kanan pada bagian depan. Klitoris terdiri dari *glans klitoris*, *korpus klitoris*, dan *klura klitoris*. Klitoris mengandung banyak pembuluh darah dan serat saraf sensori sehingga sangat sensitif.

## 5. Vestibulum

Pada bagian vestibulum terdapat muara vagina atau liang senggama, saluran kencing, kelenjar bartholini, dan kelenjar skene yaitu sebuah kelenjar yang akan mengeluarkan cairan pada saat *foreplay* saat berhubungan seksual.

## 6. Kelenjar bartholin

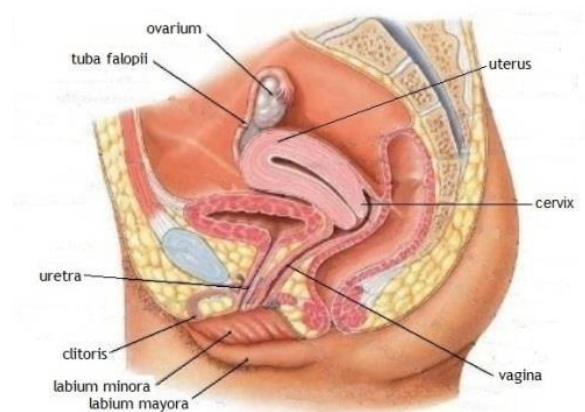
Kelenjar bartholin berada pada vulva dan vagina dan bersifat rapuh dan mudah robek. Kelenjar bartholin berfungsi untuk melindungi vagina saat digunakan untuk berhubungan seksual. Caranya dengan mengeluarkan lender yang mempermudah proses penetrasi.

## 7. Himen (Selaput dara)

Kasus ini biasa disebut intoritus himenalis (*hymen imperforate*). Posisi himen atau selaput dara mengelilingi dan menutupi lubang vagina. Himen juga memiliki lubang yang merupakan saluran dari lender yang dikeluarkan uterus dan darah pada saat wanita menstruasi. Meskipun demikian, ada wanita yang tidak bisa mengeluarkan darah menstruasi

### **2.1.2 Alat Reproduksi Bagian Dalam**

Bagian kedua dari alat reproduksi wanita adalah bagian dalam. Bagian dalam ini membentuk sebuah alur yang terdiri dari ovarium (indung telur), tuba fallopi (*oviduct*), rahim (uterus), *parametrium* (penyangga rahim), dan vagina.



**Gambar 1.2** Alat reproduksi wanita bagian dalam (Imelda et al., 2014)

### 1. Ovarium (indung telur)

Sebagai tempat produksi hormone esterogen, progesteron, dan testoteron. Progesterone dan estrogen adalah dua hormone yang bekerja sama mempertahankan pertumbuhan rahim untuk mempersiapkan kehamilan yang potensial. Sedangkan hormone testosterone berfungsi sebagai pendorong keingan seksual.

### 2. *Tuba fallopi (oviduct)*

Bagian *tuba fallopi* berada menggantung di tepi atas *ligamentum latum* dan berjalan kea rah lateral mulai dari *osteam tubae internum* pada dinding rahim. Panjang *tuba fallopi* kira-kira 12 cm dan berdiameter antara 3 sampai 8 cm. ada empat fungsi utama dari sepasang *tuba fallopi* yaitu “penangkap” ovum (sel telur) yang dilepaskan saat ovulasi, sebagai saluran dari spermatozoa ovum dan hasil konsepsi, sebagai tempat terjadinya konsepsi (pembuahan), dan tempat pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi (pembuahan) hingga mencapai bentuk blastula yang siap mengadaka implantasi (pelekatan embrio pada dinding rahim).



### 3. Uterus (rahim)

Hasil konsepsi (pembuahan) dan sebagai tempat perkembangan zigot apabila terjadi fertilisasi atau pembuahan. Serviks merupakan bagian dari uterus (rahim). Rahim terbagi menjadi dua bagian yakni serviks alias leher rahim dan korpus alias badan rahim. Serviks merupakan bagian bawah dari rahim yang membuka ke arah vagina. Serviks memungkinkan sperma mampu lewat dan masuk ke dalam rahim. Selain itu juga sebagai jalan darah menstruasi keluar dari rahim. Biasanya, serviks merupakan penghalang yang baik bagi bakteri. Tetapi, hal ini tidak berlangsung ketika si wanita sedang mengalami menstruasi dan masa ovulasi (pelepasan sel telur).

### 4. Parametrium (penyangga rahim)

Parametrium berada diantara kedua ligamentum latum. Pada bagian atasnya, terdapat tuba fallopi dengan mesosalping. Pada bagian depan terdapat ligamentum teres uteri. Pada bagian belakang terdapat ligamentum ovarii. Parametrium merupakan lipatan peritonium dengan berbagai penebalan yang menghubungkan rahim dan tulang panggul.

### 5. Vagina

Vagina adalah saluran *muskulo-membranus* yang menghubungkan rahim dengan vulva. Organ ini terletak antara kandung kemih dan rectum. Panjang bagian depan dapat mencapai sekitar 9 cm dan dinding belakang sekitar 11 cm. Vagina sendiri berfungsi sebagai saluran untuk mengeluarkan lendir uterus (rahim) dan darah menstruasi, sebagai

## **2.2 Konsep dasar Ca serviks**

### **2.2.1 Definisi**

Kanker serviks adalah suatu proses keganasan yang terjadi pada leher rahim, sehingga jaringan di sekitarnya tidak dapat melaksanakan fungsi sebagaimana mestinya. Keadaan tersebut biasanya disertai dengan adanya perdarahan dan pengeluaran cairan vagina yang abnormal, penyakit ini dapat terjadi berulang-ulang. Kanker serviks dimulai dengan adanya suatu perubahan dari sel leher rahim normal menjadi sel abnormal yang kemudian membelah diri tanpa terkendali. Sel leher rahim yang abnormal ini dapat berkumpul menjadi tumor. Tumor yang terjadi dapat bersifat jinak ataupun ganas yang akan mengarah ke kanker dan dapat menyebar. (Kemenkes RI, 2019).

### **2.2.2 Etiologi**

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

1. HPV (Human Papilloma Virus)

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

2. Merokok

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

3. Hubungan seksual pertama dilakukan pada usia dini.

4. Berganti-ganti pasangan seksual.

5. Suami/pasangan seksualnya melakukan hubungan seksual pertama Pada

usia di bawah 18 tahun, berganti - berganti pasangan dan Pernah menikah dengan wanita yang menderita kanker serviks.

6. Pemakaian DES (diethylstilbestrol) pada wanita hamil untuk Mencegah keguguran (banyak digunakan pada tahun 1940-1970).
7. Gangguan sistem kekebalan
8. Pemakaian pil KB.
9. Infeksi herpes genitalis atau infeksi klamidia menahun.
10. Golongan ekonomi lemah (karena tidak mampu melakukan pap Smear secara rutin).

### **2.2.3 Patofisiologi**

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

Karsinoma sel skuamosa biasanya muncul pada taut epitel skuamosa dan epitel kubus mukosa endoserviks (persambungan skuamokolumnar atau zona tranformasi). Pada zona transformasi serviks memperlihatkan tidak normalnya sel progresif yang berakhir sebagai karsinoma servikal invasif. Displasia servikal dan karsinoma in situ atau *High-grade Squamous Intraepithelial Lesion* (HSIL) mendahului karsinoma invasif. Karsinoma serviks terjadi bila tumor menginvasi epitelium masuk ke dalam stroma serviks. Kanker servikal menyebar luas secara langsung kedalam jaringan para servikal. Pertumbuhan yang berlangsung

mengakibatkan lesi yang dapat dilihat dan terlibat lebih progresif pada jaringan servikal. Karsinoma servikal invasif dapat menginvasi atau meluas ke dinding vagina, ligamentum kardinale dan rongga endometrium. Invasi ke kelenjar getah bening dan pembuluh darah mengakibatkan metastase ke bagian tubuh yang jauh (Suddarth, 2014).

#### 2.2.4 Klasifikasi

**Tabel 3.1** Klasifikasi stadium kanker serviks menurut FIGO (*International Federation of Gynecologi*) dalam (Kemenkes RI, 2019)

Stadium 0	Karsinoma insitu, karsinoma intraepitel
Stadium I	Karsinoma masih terbatas pada daerah serviks (penyebaran ke korpus uteri diabaikan)
Stadium I A	Invasi kanker ke stroma hanya dapat didiagnosis secara mikroskopik. Lesi yang dapat dilihat secara makroskopik walau dengan invasi yang superficial dikelompokkan pada stadium IB
Stadium I A1	Invasi ke stroma dengan kedalaman tidak lebih 3 mm dan lebar horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I A2	Invasi ke stroma lebih dari 3 mm tapi kurang dari 5 mm dan perluasan horizontal tidak lebih 7 mm.
Stadium I B	Lesi yang tampak terbatas pada serviks atau secara mikroskopik lesi lebih dari stadium I A2
Stadium I B1	Lesi yang tampak tidak lebih dari 4 cm dari dimensi terbesar.
Stadium I B2	Lesi yang tampak lebih dari 4 cm dari diameter terbesar
Stadium II	Tumor telah menginvasi di luar uterus, tetapi belum mengenai dinding panggul atau sepertiga distal/ bawah vagina

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

### 2.2.5 Tanda Dan Gejala

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

1. Keputihan, makin lama makin berbau busuk.
2. Perdarahan setelah senggama yang kemudian berlanjut menjadi perdarahan abnormal, terjadi secara spontan walaupun tidak melakukan hubungan seksual.
3. Hilangnya nafsu makan dan berat badan yang terus menurun.
4. Nyeri tulang panggul dan tulang belakang.
5. Nyeri disekitar vagina

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

#### **2.2.6 Komplikasi**

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

1. Kerusakan pembuluh darah utama akibat tindakan operasi yang menyebabkan perdarahan masif. Kondisi ini bisa mengancam keselamatan jiwa pasien.
2. Kerusakan pada kandung kemih, rektum, ureter (saluran dari ginjal ke kandung kemih), dan saraf. Pasien mungkin harus menjalani tindakan operasi lagi bila diperlukan.

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

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

### **2.2.7 Pemeriksaan Penunjang**

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

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

1. IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) Sesuai dengan namanya, IVA merupakan pemeriksaan leher rahim (serviks) dengan cara melihat langsung (dengan mata telanjang) leher rahim setelah memulas leher rahim dengan larutan asetat 3-5%. Apabila setelah pulasan terjadi perubahan warna asam asetat yaitu tampak bercak putih, maka kemungkinan ada kelainan tahap prakanker serviks. Jika tidak ada perubahan warna, maka dapat dianggap tidak ada infeksi pada serviks.

Proses skrining dengan IVA merupakan pemeriksaan yang paling disarankan oleh Departemen Kesehatan. Salah satu pertimbangannya karena biayanya yang sangat murah. Namun perlu diingat, pemeriksaan ini dilakukan hanya untuk deteksi dini. Jika terlihat tanda yang mencurigakan, maka metode deteksi lainnya yang lebih lanjut harus segera dilakukan.

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



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

### **2.2.8 Penatalaksanaan**

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

1. Pembedahan atau operasi  
Pembedahan merupakan pilihan untuk perempuan dengan kanker serviks stadium I dan II.
  - a. Trakelektomi radikal (Radical Trachelectomy) Mengambil leher rahim, bagian dari vagina, dan kelenjar getah bening di panggul.

Pilihan ini dilakukan untuk perempuan dengan tumor kecil yang ingin mencoba untuk hamil dikemudian hari.

- b. Histerektomi total : Mengangkat leher rahim dan rahim.
- c. Histerektomi radikal : Mengangkat leher rahim, beberapa jaringan di sekitar leher rahim, rahim, dan bagian dari vagina.
- d. Saluran telur dan ovarium : Mengangkat kedua saluran tuba dan ovarium. Pembedahan ini disebut salpingo-ooforektomi.
- e. Kelenjar getah bening : Mengambil kelenjar getah bening dekat tumor untuk melihat apakah mengandung leher rahim. Jika sel kanker telah histerektomy total dan radikal mencapai kelenjar getah bening, itu berarti penyakit ini mungkin telah menyebar ke bagian lain dari tubuh.

## 2. Radioterapi

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

### a. Terapi radiasi eksternal

Sebuah mesin besar akan mengarahkan radiasi pada panggul atau jaringan lain di mana kanker telah menyebar. Pengobatan biasanya diberikan di rumah sakit, Penderita mungkin menerima radiasi

eksternal 5 hari seminggu selama beberapa minggu. Setiap pengobatan hanya memakan waktu beberapamenit.

b. Terapi radiasi internal

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

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

3. Kemoterapi

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

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

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

Penatalaksanaan Keperawatan (Savitri, 2015),

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

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

## **2.3 Konsep Dasar CKD**

### **2.3.1 Definisi**

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

### **2.3.2 Etiologi**

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

1. Infeksi, misalnya Pielonefritis kronik.
2. Penyakit peradangan, misalnya Glomerulonefritis.
3. Penyakit vaskuler hipertensif, misalnya Nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, stenosis arteri renalis.
4. Gangguan jaringan penyambung, seperti lupus eritematosus
5. sistemik (SLE), poli arteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif.

6. Gangguan kongenital dan herediter, misalnya Penyakit ginjal polistik, asidosis tubuler ginjal.
7. Penyakit metabolik, seperti DM, gout, hiperparatiroidisme, amiloidosis.
8. Nefropati toksik, misalnya Penyalahgunaan analgetik, nefropati timbale.
9. Nefropati obstruktif
10. Saluran Kemih bagian atas: Kalkuli neoplasma, fibrosis, netroperitoneal.
11. Saluran Kemih bagian bawah: Hipertrofi prostate, striktur uretra, anomali congenital pada leher kandung kemih dan uretra. (Ns. Diyah Candra Anita, 2020)

### **2.3.3 Patofisiologis**

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

Adanya peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron system (RAAS) intrarenal, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiper filtrasi, sklerosis dan progresi itas tersebut. Aktivasi jangka panjang aksis RAAS, sebagian diperantarai oleh transforming growth factor  $\beta$  (TGF- $\beta$ ). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresitas penyakit ginjal

kronik adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia (Nurani & Mariyanti, 2013)

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

#### **2.3.4 Manifestasi Klinis**

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

1. Kardiovaskuler umumnya timbul hipertensi, aritmia, kardiomyopati, uremia pericarditis, effuse pericardial (kemungkinan bisa terjadi temponade jantung), gagal jantung.
2. Sistem respirasi umumnya timbul edema pulmonal, nyeri pleura, friction rub dan efusi pleura, crackles, sputum yang kental, uremia pleuritis dan uremia lung, dan sesak nafas.
3. Gastrointestinal umumnya menimbulkan inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi dan perdarahan gusi, dan dapat diikuti dengan parotitis, caofagotitis, gastritis, lesi pada usus

halus/usus besar, dan pancreatitis. Kondisi ini umumnya menimbulkan anoreksia, mual, dan muntah

4. Integumen kulit kering, pucat, berwarna kekuning- kuningan ataupun kecoklatan, purpura, ekimosis, petechiae, serta tertimbunnya urea dibagian kulit.
5. Neurologis umumnya ditandai oleh adanya neuropati perifer, nyeri, gatal di lengan dan kaki, kram pada otot reflek kedutan, daya memori menurun, apatis, mengantuk yang berlebihan, pusing. Berdasarkan EEG memperlihatkan adanya perubahan metabolik encephalopathy.
6. Endokrin umumnya ditandai dengan infertilitas dan penurunan minat seks, berhentinya menstruasi pada perempuan, disfungsi ereksi, menurunnya sekresi pada sperma, meningkatnya sekresi hormon aldosterone, dan rusaknya metabolisme karbohidrat.
7. Hematologi biasanya mengakibatkan anemia, menurunnya waktu hidup sel darah merah trombositopenia (dampak dari dialisis) dan rusaknya platelet. Dampak yang terjadi pada sistem hematologi ditandai dengan munculnya perdarahan (purpura, ekimosis, dan petechiae).
8. Muskuloskeletal nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis dan klasifikasi.

### **2.3.5 Komplikasi**

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

1. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.



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

### **2.3.6 Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan awal gagal ginjal kronik dilakukan secara konservatif dengan pengaturan diet protein yang berfungsi untuk mencegah atau mengurangi azetomia, diet kalium untuk mencegah terjadinya hiperkalemi yang membahayakan pasien, diet kalori untuk menambah energi pasien gagal ginjal yang sering mengalami malnutrisi dan pengaturan kebutuhan cairan, mineral, dan elektrolit berguna untuk mengurangi kelebihan beban sirkulasi dan intoksikasi cairan. Jika penanggulangan konservatif tidak lagi dapat mempertahankan fungsi ginjal maka dilakukan terapi pengganti ginjal yaitu hemodialisis yang merupakan penggunaan terapi pengganti ginjal terbanyak,

CAPD dapat digunakan sebagai alternatif terapi dialisis dan transplantasi ginjal pengobatan yang paling disukai untuk pasien gagal ginjal namun memerlukan dana yang mahal (Haryanti & Nisa, 2015)

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

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

### **2.3.7 Pemeriksaan Penunjang**

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

1. Biokimiawi meliputi penurunan kadar hemoglobin, peningkatan kadar asam urat, hiper atau hipokalemia, hiponatremia, hiper atau hipokloremia, hiperfosfatemia, hipokalsemia, asidosis metabolik.
2. Urinalisis meliputi proteinuria, hematuria, leukosuria, cast, isosteinuria
3. Foto polos abdomen, bisa tampak batu radio opak.
4. Pielografi intravena jarang dikerjakan, karena kontras sering tidak bisa melewati filter glomerulus, di samping kekhawatiran terjadinya pengaruh toksik oleh kontras terhadap ginjal yang sudah mengalami kerusakan

5. Ultrasonografi Ginjal bisa memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks menipis, adanya hidronefrosis atau batu ginjal, kista, massa, kalsifikasi
6. Liver function test (LFT) Penurunan fungsi ginjal berupa peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum, dan penurunan LFG yang dihitung mempergunakan rumus Kockcroft – Gault. Kadar kreatinin serum saja tidak bisa dipergunakan untuk memperkirakan fungsi ginjal.
7. Renal function test (RFT ) Untuk menyaring urin lengkap urea plasma dan kreatinin Eeektrolit plasma untuk menilai fungsi glomerulus laju filtrasi glomerulus dan pembersihan permeabilitas glomerulus proteinuria

## **2.4 Konsep Dasar Anemia**

### **2.4.1 Pengertian**

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

### 2.4.2 Etiologi

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

### 2.4.3 Patofisiologi

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

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

### 2.4.4 Manifestasi Klinis

1. Gejala Umum Anemia

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

Pada pemeriksaan fisik dijumpai pasien yang pucat, terutama pada konjungtiva dan jaringan di bawah kuku.

## 2. Gejala Khas Defisiensi Besi

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

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

## 3. Gejala penyakit dasar

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

### **2.4.5 Komplikasi**

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

### **2.4.6 Penatalaksanaan**

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

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

### **2.4.7 Pemeriksaan Penunjang**

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

## **2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Ca Cervix**

### **2.5.1 Pengkajian**

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

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

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

2. Keluhan Utama :

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

3. Riwayat Obstetri yang lalu :

a. Keluhan Haid :

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

b. Riwayat Kehamilan Dahulu :

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

c. Riwayat Persalinan Dahulu :

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

d. Riwayat Keluarga Berencana :

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

e. Riwayat Keluarga :

Menurut (Kemenkes RI, 2019), Faktor internal yang bisa menyebabkan kanker adalah mutasi gen (baik karena diturunkan atau akibat metabolisme), hormone dan kondisi sistem imun seseorang.

f. Aktivitas sehari-hari :

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

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

h. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : biasanya pasien tampak pucat, lemah.



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

## **2.6 Konsep Asuhan Keperawatan CKD**

### **2.6.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan dasar utama proses perawatan yang akan membantu dalam penentuan status kesehatan dan pola pertahanan pasien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan pasien serta merumuskan diagnose keperawatan (Smeltezer and Bare, 2011 : Kinta, 2012).

#### **1. Identitas pasien**

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua.

#### **2. Keluhan utama**

Kelemahan, susah berjalan/bergerak, kram otot, gangguan istirahat dan tidur, takikardi/takipnea pada waktu melakukan aktivitas dan koma.

#### **3. Riwayat kesehatan pasien dan pengobatan sebelumnya**

Berapa lama pasien sakit, bagaimana penanganannya, mendapat terapi apa, bagaimana cara minum obatnya apakah teratur atau tidak, apa saja yang dilakukan pasien untuk menanggulangi penyakitnya.

4. Aktifitas/istirahat :

Kelelahan ekstrem, kelemahan, malaise, gangguan tidur (insomnia/gelisah atau samnolen), kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak

5. Sirkulasi

Adanya riwayat hipertensi lama atau berat, palpatasi, nyeri dada (angina), hipertensi, nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki, telapak tangan, nadi lemah, hipotensi ortostatik menunjukkan hipervolemia, yang jarang pada penyakit tahap akhir, pucat, kulit coklat kehijauan, kuning, kecenderungan perdarahan.

6. Eliminasi

Penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (pada gagal ginjal tahap lanjut), abdomen kembung, diare, atau konstipasi, perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat, oliguria.

7. Makanan/Cairan

Peningkatan berat badan cepat (oedema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan ammonia), penggunaan diuretic, distensi abdomen/asietes, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembaban, ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah

#### 8. Neurosensori

Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/kejang, syndrome “kaki gelisah”, rasa terbakar pada telapak kaki, kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstremitas bawah, gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, stupor, kejang, fasikulasi otot, aktivitas kejang, rambut tipis, kuku rapuh dan tipis

#### 9. Pernapasan

Napas pendek, dyspnea, batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, dyspnea, peningkatan frekuensi/kedalaman dan batuk dengan sputum encer (edema paru).

#### 10. Interaksi social

Kesulitan menentukan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

#### 11. Penyuluhan/Pembelajaran

Riwayat Diabetes Melitus (resiko tinggi untuk gagal ginjal), penyakit polikistik, nefritis herediter, kalkulus urenaria, maliganansi, riwayat terpejan pada toksin, contoh obat, racun lingkungan, penggunaan antibiotic nefrotoksik saat ini/berulang.

### **2.6.2 Diagnosa keperawatan**

1. Nyeri Kronis (SDKI, 2016, D.0078, Kategori : Psikologis, Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan)
2. Resiko Perdarahan (SDKI, 2016, D.0012, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Sirkulasi Hal 42)

3. Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI, 2016 D0019, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Sirkulasi, Hal 37)
4. Intoleransi Aktivitas (SDKI, 2016 D0056, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Aktivitas/Istirahat, Hal 128)
5. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (SDKI, 2016 D0129, Kategori : Lingkungan, Subkategori : Keamanan dan Proteksi, Hal 282)
6. Hiperglikemia (SDKI, 2016 D.0022, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Nutrisi cairan, Hal 62)

### 2.6.3 Intervensi keperawatan

**Tabel 3.2** Intervensi keperawatan.

No.	Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2016)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI) (PPNI, 2019)	Intervensi (SIKI) (PPNI, 2018)
1.	Nyeri Kronis (SDKI, 2016, D.0078, Kategori : Psikologis, Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka tautan nyeri meningkat. Dengan Kriteria Hasil : 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat 4. Keluhan nyeri penggunaan analgesic menurun 5. Meringis menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola nafas membaik	Manajemen Nyeri : 1. Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 6. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.	Resiko Perdarahan (SDKI, 2016, D.0012, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Sirkulasi Hal 42)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun Kriteria Hasil : 1. Tekanan darah membaik 2. Hemoglobin membaik 3. Hematocrit membaik	Resiko perdarahan : 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah 3. Pertahankan bedrest selama perdarahan 4. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan Vitamin K 5. Kolaborasi pemberian pengontrol obat perdarahan
3.	Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI, 2016 D0019, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Sirkulasi, Hal 37)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil : 12.tekanan systole dan diastole dalam rentang normal 13.tidak ada ortostatik hipertensi	Periksa sirkulasi perifer 1. Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi 2. Monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas 3. Catat hasil lab Hb dan Ht 4. Lakukan hidrasi 5. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah 6. Kolaborasi pemberian tranfusi Darah
4.	Intoleransi Aktivitas (SDKI, 2016 D0056, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Aktivitas/Istirahat, Hal 128)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat. Kriteria Hasil : 1. Saturasi oksigen dalam rentang normal 2. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit) 3. Dispnea saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16-20 kali/menit)	Aktivitas fisik : 1. Monitor kelelahan fisik 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4. Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu 5. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 6. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	Gangguan	Setelah dilakukan yaitu tindakan keperawatan	Integritas kulit/jaringan :

	<p>Integritas Kulit/Jaringan (SDKI, 2016 D0129, Kategori : Lingkungan, Subkategori : Keamanan dan Proteksi, Hal 282)</p>	<p>selama 3x24 jam maka diharapkan gangguan integritas kulit/ jaringan meningkat. Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi jaringan membaik</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Jaringan nekrosismenurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor warna dan suhu kulit</li> <li>2. Monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet</li> <li>3. Periksa kulit dan selaput lendir terkait dengan adanya kemerahan, kehangatan ekstrim, edema dan drainase</li> <li>4. Ajarkan diet makanan</li> <li>5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>
6.	<p>Hipervolemia (SDKI, 2016 D.0022, Kategori : Fisiologis , Subkategori : Nutrisi cairan ,Hal 62 )</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3.x24 jam diharapkan status cairan pasien meningkat dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam membaik</li> <li>2. Frekuensi nadi membaik</li> <li>3. Hematokrit dan Nitrogen urea darah (BUN) menurun</li> </ol>	<p>PEMANTAUAN CAIRAN</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>2. Monitor frekuensi nafas</li> <li>3. Monitor tekanan darah</li> <li>4. Monitor berat badan</li> <li>5. Monitor waktu pengisian kapiler</li> <li>6. Monitor elastisitas atau turgor kulit Monitor jumlah, waktu dan berat jenis urine</li> <li>8. Monitor kadar albumin dan protein</li> <li>9. Monitor hasilhematocrit, natrium, kalium, BUN)</li> </ol>

#### 2.6.4 Implementasi

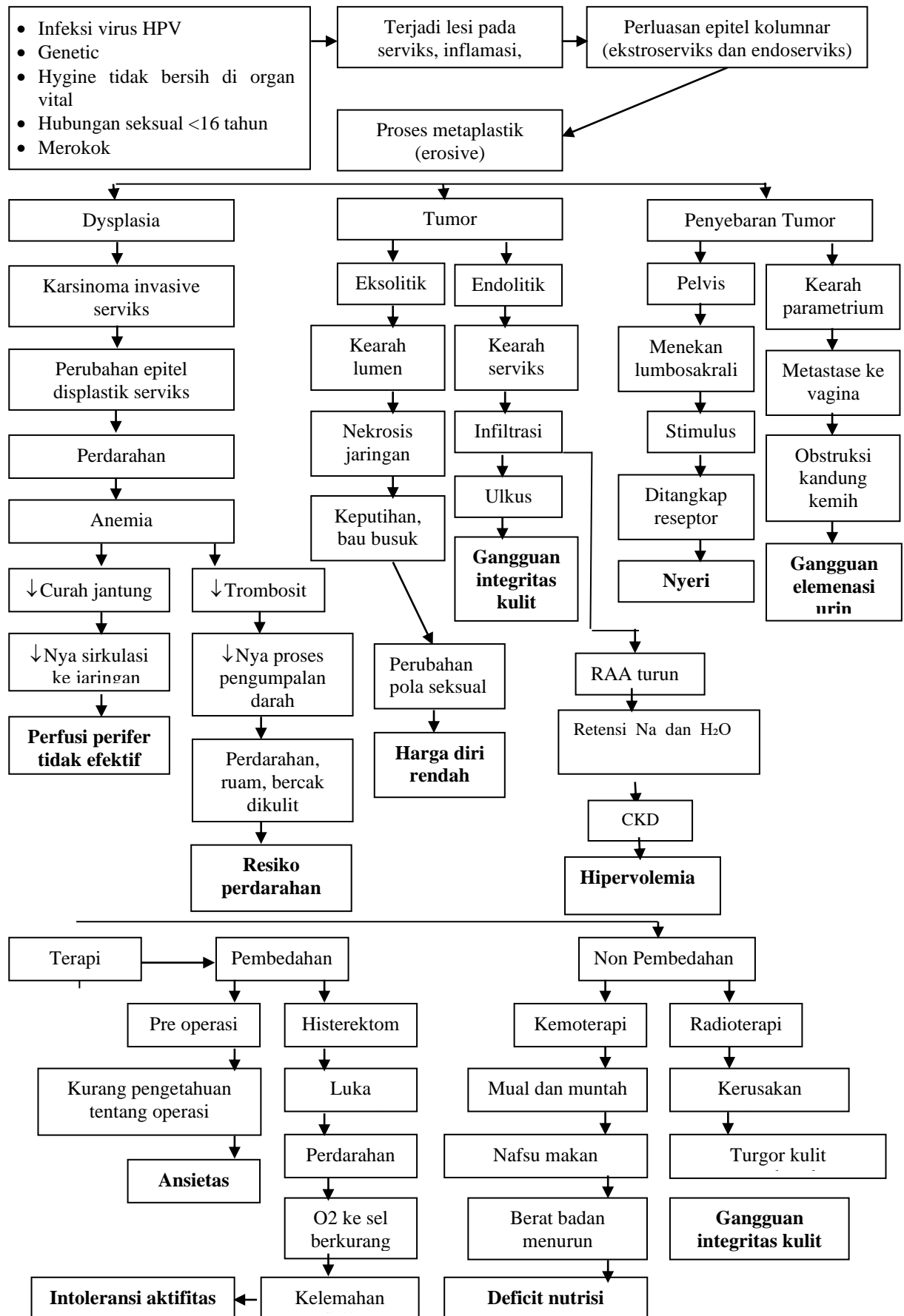
Keperawatan Tindakan untuk menjalankan rencana yang telah dibuat.

Dengan demikian, implementasi hanya dapat dilakukan jika terdapat sebuah rencana (Nursalam, 2014).

### **2.6.5 Evaluasi**

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

**2.6.6 Web of Couston (Suddarth, 2014)**





## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

#### 3.1 Pengkajian

**FORMAT PENGKAJIAN  
GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI  
UNIT KEPERAWATAN MATERNITAS**

---

Tanggal masuk : 08 Juni 2022      Jam masuk : 13.30  
Ruang/kelas : F2      Kamar No : 6d  
Pengkajian tanggal : 16 Juni 2022      Jam : 08.00

#### IDENTITAS

Nama pasien : Ny.Z      Nama Suami : Tn.F  
Umur : 35 th      Umur : 35 th  
Suku/ bangsa : Madura      Suku/ bangsa : Madura  
Agama : Islam      Agama : .Islam  
Pendidikan : SD      Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Ibu Rumah tangga      Pekerjaan : Swasta  
Alamat : Probolinggo      Alamat : Probolinggo  
Status Pernikahan : Istri

#### STATUS KESEHATAN SAAT INI

a. **Alasan kunjungan ke rumah sakit :**

Pasien datang ke RSPAL untuk konsultasi rencana kemoterapi ke 3

b. **Keluhan utama saat ini :**

Mual dan pendarahan

c. **Riwayat penyakit sekarang :**

Pada Tanggal 18 Januari 2022 Ny.Z dirujuk dari RS Probolinggo lalu datang ke Poli onkologi untuk cek Kesehatan didapatkan hasil Ca Cervix dan diarahkan ke ruang kemoterapi untuk menjalani kemoterapi ke 1 di tanggal 21 Januari 2022. Lalu pada 7 Februari 2022 pasien dirawat di F2 dan dilakukan kemoterapi ke 2 dan kemudian control ke poli kandungan pada 8 Juni 2022 dengan pro kemoterapi ke 3 dan pasien mengalami pendarahan pada pervaginam dengan hasil lab rendah Hb7,40 , Kreatinin 2,63 lalu GDA 29. Dari Poli kandungan dipindahkan ke F2 jam 08.00 ,Pada saat pengkajian didapatkan dengan keadaan umum GCS 456,SPO 98 %, N:90, tidak terpasang kateter,terdapat pendarahan pervaginam keadaan lemah dan mual.

d. **Riwayat penyakit dahulu :**

Pasien tidak ada Riwayat penyakit dahulu

e. **Diagnosa medik :** Ca Cervix, CKD, Anemia

**RIWAYAT KEPERAWATAN**

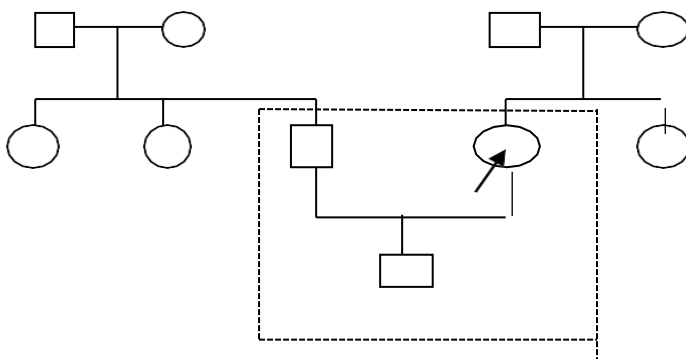
- **RIWAYAT OBSTETRI :**

a. Riwayat menstruasi :

- 1) Menarche : umur 13 tahun Siklus: teratur
  - 2) Banyaknya : sedang Lamanya : 7 hari
  - 3) HPHT : Pasien mengatakan haidnya tidak teratur sejak didiagnosis ca serviks
- Keluhan : Pendarahan pervaginam

b. **Riwayat kehamilan, persalinan, nifas :**

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi nifas			Anak		
No	Tahun	Umur kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Perdarahan	Jenis	BB	Pj
2005	38 minggu	Tidak ada	Tidak ada	Normal	Dokter	Tidak ada	-	-	-	Laki laki	3000g	Dokter

**Genogram :****Keterangan :**

- : Laki laki  
 ○ : Perempuan  
 ↗ : Pasien  
 ---- : Tinggal serumah

**RIWAYAT KELUARGA BERENCANA :**

- b. Melaksanakan KB : (√) ya  
 c. Bila ya jenis kontrasepsi apa yang digunakan : Spiral  
 d. Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : Setelah melahirkan anak ke 1

Masalah yang terjadi : Tidak ada

**- RIWAYAT KESEHATAN :**

- a. Penyakit yang pernah dialami ibu: Pasien mengatakan tidak memiliki penyakit yang sama seperti dialami pasien sekarang  
 b. Pengobatan yang didapat : Tidak ada

c. Riwayat penyakit keluarga : Tidak ada Riwayat penyakit keluarga

- **RIWAYAT LINGKUNGAN :**

a. Kebersihan :

Ny.Z mengatakan tinggal di daerah perumahan yang lingkungan rumahnya jauh dari TPA ( tempat pembuangan akhir sampah ), jauh dari pabrik, jauh dari jalan Raya.

b. Bahaya :

Ny. Z mengatakan lingkungan rumah dan sekitarnya tidak memiliki resiko bahaya tertentu

c. Lainnya sebutkan:

Tidak Ditemukan Masalah Keperawatan

- **ASPEK PSIKOSOSIAL :**

a. **Persepsi ibu tentang keluhan/ penyakit :**

Ny.Z mengatakan tidak ingin di rawat dengan penyakit lain. Pasien berharap penyakit nya sembuh dan tidak menjadi parah dan merasa agak khawatir lukanya bekas operasi tidak sembuh sembuh karena masih mengeluarkan rembesan warna kuning walau tidak merah lagi seperti saat pertama kontrol

b. **Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari?**

Ny.S beraktivitas seperti biasa, Saat baru pulang dari operasi pasien langsung bersih bersih rumah, dan besoknya dari luka bekas operasi keluar rembesan warna merah, pasien lalu berobat ke rumah sakit dekat rumah, dirawat lukanya, sampai saat kontrol pertama masih

keluar rembesan warna merah .

c. **Harapan yang ibu inginkan :**

ingin sembuh dan kista ovariumnya tidak semakin parah, dan ingin segera luka bekas operasinya segera sembuh dan membaik

d. **Pasien tinggal dengan siapa :**

Suami

e. **Siapakah orang yang terpenting bagi pasien :**

Keluarga, suami, anak

e. **Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini :**

khawatir dan lebih perhatian

f. **Kesiapan mental untuk menjadi ibu:**

pasien mengatakan siap menjadi ibu

- **KEBUTUHAN DASAR KHUSUS :**

a. Pola nutrisi SMRS

1) Frekwensi makan : 2 x sehari

2) Nafsu makan : (  ) baik, (  ) tidak nafsu,

Nafsu makan baik habis 1 piring

Jenis makanan : Nasi sayur ikan

Pola nutrisi MRS

1) Frekwensi makan dan minum : 2 x sehari dan minum  $\pm$  500 cc

2) Nafsu makan : (  ) baik, (  ) tidak nafsu,

alasan mual dan makan habis 4-5 sendok

Jenis makanan rumah : nasi sayur ikan

3) Makanan yang tidak disukai/ alergi/ pantangan:

pasien mengatakan tidak ada pantangan maupun alergi

b. Pola eliminasi SMRS

1) B A K

- Frekwensi : 4-6 kali dalam sehari  $\pm$  600-700 cc
- Warna : Kuning

Pola eliminasi MRS

- Frekwensi 4-6 kali dalam sehari
- Keluhan saat BAK : BAK sedikit dalam sehari kurang lebih 300 cc
- Warna : Seperti teh

2) B A B SMRS

- Frekwensi : 1 kali sehari
- Warna : Kuning
- Bau : khas
- Konsistensi : Keras

BAB MRS

- Frekuensi : 1 kali seminggu
- Warna : kuning
- Bau : khas
- Masalah keperawatan : Konstipasi

c. Pola personal hygiene

1) Mandi

- Frekwensi : 2 x /hari

- Sabun : (  ) ya, (  ) tidak

2) Oral hygiene

- Frekwensi : 2x /hari

- Waktu : (  ) ya, (  ) tidak

3) Cuci rambut

- Frekwensi : 2 x /hari

- Shampo : (  ) ya, (  ) tidak

d. Pola istirahat dan tidur

1) Lama tidur : 4 jam/hari

2) Kebiasaan:sebelum tidur : menonton tv

3) Keluhan : tidak nyaman tidur dirumah sakit

e. Pola aktifitas dan latihan

1) Kegiatan dalam pekerjaan : masak ,bersih-bersih,dan merawat anak

2) Waktu bekerja : (  ) Pagi, (  ) Sore, (  ) Malam

3) Olah raga : (  ) ya, (  ) tidak

Jenisnya : pasien mengatakan tidak melakukan olahraga

Kegiatan waktu luang : Menonton TV

4) Keluhan dalam beraktifitas :

Ny.Z ada pendarahan ketika beraktifitas dan mengeluhkan lemas .

f. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengtakan tidak pernah merokok dan minum minuman keras

- **PEMERIKSAAN FISIK**

1) Keadaan umum : lemah Kesadaran : Composmentis

2) Tekanan darah : 122/81 Nadi : 110 x/menit

- 3) Respirasi : 20x/menit.Suhu : 36,5 °C  
4) Berat badan : 48 kg Tinggi badan : 155 cm

Kepala, mata kuping, hidung dan tenggorokan :

a. Kepala :

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

b. Mata :

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

c. Hidung :

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

d. Mulut dan Tenggorokan :

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

e. Dada dan Axilla :

Mammae membesar areolla mammae tidak terkaji papila mammae tidak terkaji

f. Pernafasan :

Jalan nafas bersih, tidak ada sumbatan, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, pasien mengatakan tidak ada keluhan dan respirasi 20x/ menit

g. Sirkulasi jantung



Kecepatan denyut apical 110x / menit, irama jantung S1-S2 tunggal, kelainan bunyi jantung tidak ada, pasien tidak mengeluh nyeri dada, CRT > 2 detik, tidak ada keluhan

h. Abdomen

Terdapat bekas operasi apendix, Perut supel, tidak ada nyeri tekan, Pasien mengatakan perut terasa tidak nyaman (sebah).

i. Genitourinary

Perineum tidak ada luka, terdapat perdarahan pada pervaginam sekitar pembalut darah agak penuh , warna urine kuning 300cc/24jam

j. Ekstremitas (integumen/muskuloskeletal)

Turgor kulit elastis warna kulit kuning kecoklatan, pergerakan lemah

5	5
4	4

Tidak ada kelainan tulang belakang tidak ada fraktur turgor kulit baik tidak terdapat luka terdapat oedem kaki sebelah kanan

d. Data Penunjang

**Tabel 3.3** Hasil Laboratorium Tanggal 16-06-2022

Parameter	Result	Unit	Ref ranges
<b>Darah lengkap</b>			
<b>Leukosit</b>	15,82 (H)	10 <sup>3</sup> /ul	4,00-10,00
Eosinofil#	0,01 (L)	10 <sup>3</sup> /ul	0,02-0,50
Eosinofil%	0,00 (L)	%	0,5-5,0
Basoil#	0,03	10 <sup>3</sup> /ul	0,00-0,10
Basofil%	0,2	%	0,0-1,0
Neutrofil#	15,00 (H)	10 <sup>3</sup> /ul	2,00-7,00
Neutrofil%	94,30 (H)	%	50,0-70,0
Limfosit#	0,30 (L)	10 <sup>3</sup> /ul	0,80-4,00
Limfosit%	1,70 (L)	%	20,0-40,0
Monosit#	0,72	10 <sup>3</sup> /ul	0,12-1,20
Monosit%	1,80 (L)	%	3,0-12,0
<b>Hemogloin (HGB)</b>	9,10 (L)	g/dL	12-15
Hematokrit	22,90 (L)	%	37,0-47,0
<b>Eritrosit</b>	3,19 (L)	10 <sup>3</sup> /ul	3,50-5,00
MCV	83,8	Fmol/cell	80-100
MCH	29,2	Pg	26-34
MCHC	34,8	g/dL	32-36
RDW_CV	14,3	%	11,0-16,0
RDW_SD	41,8	fL	35,0-56,0
<b>Trombisit</b>	252,00	10 <sup>3</sup> /ul	120-450
FMPV	8,4	fL	6,5-12,0
PDW	15,0	%	15-17
PCT	0,175 (L)	10 <sup>3</sup> /ul	1,08-2,82
P-LCC	38,0	10 <sup>3</sup> /ul	30-90

P-LCR	15,0	%	11,0-45,0
<b>Kimia Klinik</b>			
Gluosa Darah sewaktu	29(L)	Mg/dL	74-106
<b>Elektrolit &amp; gas darah</b>			
Natrium	131,3 (L)	meq/L	135-142
Kalium clorida	2,97 (L)	Mmol/L	3,0-5,0
	100,2	meq/L	95-100
<b>Kimia Klinik</b>			
<b><i>Fungsil Ginjal</i></b>			
Kreatinin	2,63 (H)	Mg/dL	0,6-1,5
BUN	14	Mg/dL	10-24

1. Hasil USG :
- Ginjal kanan : besar normal, batu (-), ectasis (+) grade III , echo cortex normal, batas echo cortex dan medulla normal,
- Ginjal kiri : besar normal, batu (-), ectasis (+) grade II - III , echo cortex normal, batas echo cortex dan medulla normal,
- Buli : ukuran normal, dinding tidak menebal, batu (-), kesan tampak infiltrasi massa ke buli
- Uterus : Ukuran normal, parenkim homogen,  
Mc burney ;appendix ; tak tampak oedematus, parenkhym normal, nyeri tekan (- )  
Tampak gambaran massa cervix ukuran 6,36 x 5,88 x 6,62 cm volume 129.45 ml
- KESAN :Hydronefrosis grade III kanan

Hydronefrosis grade II - III kiri

Massa cervix

Suspect infiltrasi massa ke buli

Rontgen : Foto thorax AP supine

Cor : besar dan bentuk normal

Pulmo :

- 1) Infiltrate / perselubangan (-),bvp sedikit meningkat, nodul (-)
  - 2) Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam
  - 3) Diaphragma kanan kiri baik
  - 4) Terpasang CDL dengan ujung setinggi para Th 8 kanan
- Tulang2 baik,osteolitik osteoblastic (-)

Kesimpulan ;

- 1) Metastase proses pada paru dan tulang (-)
- 2) Pneumonic process (-)
- 3) Bvp sedikit meningkat

Hasil Patologi anatomic 27-12-2021

Jaringan kecil

Makroskopis : Diterima 1 potong jaringan = kurang dari 1gr ukuran 1x0,5x0,4. Padat rapuh warna putih abu-abu. Diproses semua dalam 1 kaset

Mikroskopis : Menunjukkan potongan tumor terdiri dari proliferasi sel-sel epitel squamous anaplasia. Tumor tumbuh invasive ke dalam stroma

Kesimpulan : Cerviks Biopsi, invasive squamous cell carcinoma

a. **Tabel 3.4** Terapi yang didapat: 16-06-2022

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Ketorolac Inj.	30 mg3x1	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
Inj asam tranexamat	3x 500 mg	Obat yang digunakan untuk membantu menghentikan pendarahan
Inj Vit K	3 x 1 amp	Obat yang digunakan untuk mengatasi gangguan pendarahan akibat vitamin K
Tranfusi PRC	1 bag / hari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehilangan darah akut, bila 20-30 total volume darah hilang dan pendarahan masih terus terjadi</li> <li>- Anemia berat</li> <li>- Syok septik (jika cairan iv tidak mampu mengatasi gangguan sirkulasi darah dan sebagian tambahan dari pemberian antibiotik)</li> </ul>
Lactulac syrup	1x1	- Digunakan untuk melunakan feses
Infusan NS 500ml	1x1	- Untuk menambah cairan dalam tubuh
Kalnex 500 mg	3x1 tablet	Untuk menghentikan pendarahan

Surabaya,

.....

Pemeriksa

Esa Adipura

### 3.2 Analisa Data

NAMA KLIEN : Ny.Z

Ruangan / kamar : F2 / 6d.

UMUR : 35 tahun

No. Register : 685356

**Tabel 3.5** Analisa data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan lemas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat pendarahan pervaginam</li> <li>- Anemis</li> <li>- Turgur kulit menurun</li> <li>- Hemogloin (HGB) 9,10 (L) g/dL (12-15)</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> </ul>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif (SDKI D.0009 Hal 37)</p>
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan lemah, mual nafsu makan menurun dan pendarahan</p> <p>DO :</p> <p>Kreatinin 2,63 (H)            BUN 58 (H)            Urin 300cc/24 jam            Terpasang infus NS 500cc            IWL : 10cc x 48kg =480            Cairan masuk            Minum 500 cc            Infus 500 cc            Tranfusi 500 cc            Total 1500</p> <p>Cairan keluar :            Urin 300 cc            BAB 200 cc            Total 500            Cairan keluar 500 + 480 = 980            Balance cairan =</p>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia (SDKI D.0023 Hal 62)</p>

	Cairan masuk – cairan keluar 1500-980 = 520 / 24 jam		
3.	DS : Pasien mengatakan sulit BAB 1 x seminggu DO : Tampak gambaran massa cervix ukuran 6,36 x 5,88 x 6,62 cm volume 129.45 ml Nadi teraba lemah Nadi 110x/menit	Penurunan motilitas gastrointestisnal	Konstipasi (SDKI D.00149)
4	Ds : Pasien mengatakan lemas Do : Pasien terlihat lemas Nadi 110x mnt - Hemoglobin (HGB) 7,40 (L) g/dL (12-15)	Kelemahan	Intoleransi aktivitas (SDKI D.0056 Hal 128)
5.	Ds : Pasien mengatakan lemah, , pendarahan pada pervagina Do : Pasien tampak lemah GDA 29 rentang normal 74-106	Hipoglikemia	Ketidakstabilan glukosa dalam darah (D.0027)

## PRIORITAS MASALAH

NAMA KLIEN : Ny.Z

Ruangan / kamar : F2/6d

UMUR : 35 tahun

No. Register : 685356

**Tabel 3.6** Prioritas masalah

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	16-06-2022		
2	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme fisiologis (D.0022)	16-06-2022		
3	Konstipasi b.d Penurunan motilitas gastrointestinal (D.00149)	16-06-2022		
4	Hipoglikemia	16-06-2022		
5	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	16-06-2022		



### 3.3 Rencana Keperawatan

Nama Klien :Ny.Z

No Rekam Medis : 685356

Hari Rawat Ke :.5

Ruang : F2 /6d

**Tabel 5.7** Rencana keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi	Rasional
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)	Perfusi. perifer ( <b>SLKI L. 02011 hal 84</b> ) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3.x24 jam diharapkan pendarahan pasien membaik dengan Kriteria Hasil: 1. Pendarahan vagina menurun	Perawatan sirkulasi perifer ( <b>SIKI 1.02079 Hal 345</b> ) 1. Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi 2. Monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas 3. Catat hasil lab Hb dan Ht 4. Lakukan hidrasi 5. Jelaskan kepada pasien dan	1. Untuk mengetahui resiko gangguan sirkulasi 2. Untuk memonitor hasil hb atau ht turun atau tidak 3. Selalu edukasi pemberian tranfusi darah

		<p>2. Hb dalam batas normal</p> <p>3. Hematokrit dalam batas normal</p>	<p>keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah</p> <p>Kolaborasi pemberian tranfusi Darah</p>	
2	<p>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)</p>	<p>Keseimbangan cairan (SLKI L 03020 hal 41)</p> <p>pemantauan cairan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka hipervolemia meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan meningkat</li> <li>2. Haluaran urin meningkat</li> <li>3. Edema menurun</li> </ol>	<p>Manajemen Hipervolemia (SIKI 1.03114 hal 181)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 . Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</li> <li>2 . Monitor intake dan output cairan</li> <li>3 .Monitor jumlah dan warna urin</li> <li>4 . Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>5.Tinggikan kepala tempat tidur 30-40o</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui keseimbangan cairan pasien</li> <li>2. Memastikan cairan IV yang masuk sesuai kebutuhan pasien</li> <li>3. Mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal</li> <li>4. Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi</li> </ol>

			6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan	pasien 5. Agar haluaran urin pasien tetap terpantau
3	Konstipasi b.d Penurunan motilitas gastrointestinal (D.00149)	Eliminasi fekal ( <b>SLKI L. 04033 Hal 23</b> ) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3.x24 jam diharapkan status cairan pasien meningkat dengan 1. Distensi menurun 2. Konsistensi feses membaik 3. Frekuensi defekasi membaik	Manajemen Eliminasi Fekal ( <b>SIKI 1.04151 hal 174</b> ) 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar 2. Monitor BAB 3. Monitor tanda gejala BAB 4. Berikan air hangat setelah makan 5. Jadwal waktu defekasi Bersama pasien 6. Sediakan makanan tinggi serat 7. Kolaborasi pemberian obat	1. Agar mengetahui penyebab konstipasi 2. Untuk mengetahui perubahan usus 3. Untuk mengetahui bising usus normal pada klien

			supositoria anal,jika perlu	
--	--	--	-----------------------------	--

### 3.4 Implementasi Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

Nama klien : Ny. Z  
 Umur : 35 th

Ruangan / kamar : F2./6d.  
 No. Register :-

**Tabel 5.8** Implementasi keperawatan

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1,2,3	16-06-22 14.00	- Mengikuti timbang terima dengan perawat senior di ruang F2	Esa	16-06-22 21.00	Dx 1 : Perfusi Perifer tidak efektif DS : Pasien mengatakan lemas DO :	Esa
1,2,3	15.00	- Pengkajian pada pasien keluhan dan kondisi pasien - Observasi TTV TD : 122/81 N : 110 S : 36,5 Spo2 : 98 RR :20	Esa Esa		- Pasien tampak lemas - Turgor kulit menurun - Nadi 110 x/menit - Sulit tidur Hasil lab 16 Juni Hb 9,10 (L) g/dL (12-15) A : masalah teratasi sebagian P : intrvensi di lanjutkan	
1 1,2,3	15.00 16.00	- Melakukan tranfusi darah PRC 1 bag (O+) - Menginjeksi obat ketorolac 1amp melalui IV memberikan obat oral lactulac syrup		21.00	Dx 2 : Hipervolemia DS : Pasien mengatakan lemah, mual muntah nafsu makan menurun DO : Urin 300ml - Kreatinin 2,63 (H) - BUN 58 (H)	Esa
1,3	17.00	- Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering dan posisikan dengan nyaman	Esa			
1,2	18.00	- Monitor input output pasien dengan hasil				

1,2,3	18.30	Input 1500 , output 500 - Menghitung Urin 300cc/24 jam -Melakukan Cek DL		21.00	Cairan masuk – cairan keluar 1500-980 = 520 cc/ 24 jam A : masalah teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan  Dx 3 : Konstipasi DS : Pasien mengatakan sulit BAB Do. Abdomen teraba keras, Distensi abdomen (+) Tampak gambaran massa cervix ukuran 6,36 x 5,88 x 6,62 cm volume 129.45 ml  A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	Esa
1.2.3.	17-06-22 14.00	- Timbang terima dengan perawat F2 dengan keadaan umum pasien masih lemas dan pasien mengatakan pendarahan ±50 cc	Esa Esa	17-06-2022 21.00	Dx 1 : perfusi perifer tidak efektif DS : Pasien mengatakan lemas DO : Pasien tampak lemas Turgor kulit menurun Pendarahan ±50 cc Nadi : 90x/mnt A : masalah teratasi sebagian P : intrvensi di lanjutkan	Esa
1,2,3	16.00	- Melakukan observasi ttv TD : 138/80. Nadi : 90. Suhu : 36.5. SpO2 : 98.	Esa Esa Esa	21.00	Dx 2 : Hipervolemia DS : -Pasien mengatakan lemas DO : - Hematokrit 22,60 (LL) % (37,0-47,0) - Urin tampung 150ml 1500- 830 = 670 cc/ 24 jam A : masalah teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan	Esa
1,2	17.00	- Konsultasi HD untuk Tanggal 18 Juni 2022	Esa			
1,2,3	17.00	- Menganjurkan pasien makan dan minum sedikit tapi sering				



			Esa		- Distensi abdomen A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
--	--	--	-----	--	---	--



## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesengajaan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan klien dengan Diagnosa CA Servik di ruangan F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1. Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. Z. 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 Z, berusia 35 tahun, ibu rumah tangga. Pada faktor terjadinya kanker serviks seperti Infeksi HPV (*Human Papilloma Virus*), Usia Perkawinan, umur, pil kontrasepsi dan penyebab yang pasti kanker serviks belum diketahui, tetapi penelitian akhir dari luar negeri mengatakan bahwa virus yang disebut HPV (*Human Papilloma Virus*). Wanita dengan HPV tinggi, paling sedikit 30 kali lebih cenderung berisiko mengidap penyakit kanker serviks dibanding dengan wanita dengan HPV (*Human Papilloma Virus*). Kanker. (Siti Meilan Simbolon1., 2019)

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

## 2. Keluhan dan Riwayat

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

Riwayat penyakit dahulu pasien mengatakan hipertensi untuk penyakit jantung koroner di sangkal oleh pasien. Tekanan darah tinggi membuat pembuluh darah bekerja terlalu keras karena aliran darah yang terlalu kuat. Kondisi ini dapat menyebabkan pembuluh darah rusak termasuk pembuluh darah yang ada pada bagian ginjal. Arteri besar dan pembuluh darah kecil menuju ginjal dapat rusak. Kemudian secara perlahan ginjal mengalami penurunan fungsi dan menyebabkan banyak cairan limbah yang menumpuk pada ginjal. (Detty et al., 2018)

## 3. Pemeriksaan fisik

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

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

a. Pernafasan :

Pengkajian pada pernafasan tidak di dapatkan adanya peningkatan frekuensi pernafasan, jalan nafas bersih, tidak ada sumbatan, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, sehingga pada sistem pernafasan tidak didapatkan masalah yang signifikan untuk diangkat masalah keperawatan, kondisi ini bisa disebabkan karena kanker belum menyerang paru-paru sehingga upaya nafas tidak terhambat, apabila kanker serviks sudah menjalar pada paru-paru maka akan menimbulkan hambatan upaya nafas, syok hipervolemia, pneumonia aspirasi yang dapat menyebabkan kematian. (Siti Meilan Simbolon1., 2019)

b. Sirkulasi Jantung

Pada sistem kardiovaskulaer terdapat takikardi denyut apical 110 x / menit, irama jantung S1-S2 tunggal, kelainan bunyi jantung tidak ada, pasien tidak mengeluh nyeri dada, CRT > 2 detik, tidak ada keluhan, pada pemeriksaan penunjang leukosit 16,68 (H), HB 8,40 (L), ini menunjukkan bahwa ada kemungkinan infeksi yang terjadi, kebanyakan pasien kanker serviks banyak yang menderita dengan anemia, bisa juga hipertensi, jika hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol diseluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan sklerosis dinding pembuluh darah. Sasaran utama

adalah organ jantung, otak, ginjal, dan mata, ketika penderita mengalami serangan jantung maka aliran darah yang menuju jantung akan mengalami masalah atau bahkan ginjal tidak menerima darah dari jantung. Jika kondisi ini terus terjadi maka ginjal tidak dapat berfungsi dan terjadi penumpukan aliran limbah pada jantung. (Detty et al., 2018)

c. Abdomen

Kesenjangan pada pengkajian di tinjauan kasus penulisan pasien mengatakan sulit BAB dan hanya sebesar kelereng, pasien dengan kanker terutama dengan kanker stadium lanjut memiliki beberapa faktor yang menyebabkan konstipasi yaitu penggunaan analgesik opioid berkurangnya intake makanan dan minuman, mobilitas yang berkurang, usia lanjut dan terkait kondisi keganasan dari kanker itu sendiri. Selain opioid, terdapat juga golongan obat yang dapat menyebabkan konstipasi seperti agen kemoterapi, anti kolinergik kalsium atau aluminium yang mengandung antasida dan antiemetik. (Ambarwati & Wardani, 2015)

d. Genitourinary

Pada sistem perkemihan pada pasien terdapat pendarahan, terpasang kateter dengan urin tampung 300 cc warna kuning, perdarahan, keputihan merupakan gejala yang paling sering dikeluhkan oleh pasien kanker serviks. Perdarahan yang terjadi pada pasien kanker serviks disebabkan karena eksfoliasi jaringan kanker. Perdarahan pada stadium awal terjadi karena periksa dalam atau pasca koitus. Sedangkan keputihan yang encer seperti air berbau amis dan bersifat purulen disebabkan karena iritasi oleh lesi kanker. (Adhistry, 2018)

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

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

Pada tinjauan kasus pemeriksaan fisik didapatkan turgor kulit pasien menurun (>2 detik) dan berwarna pucat, akral teraba hangat. Data pengkajian tanda-tanda vital didapatkan suhu pasien : 36,5°C, nadi : 110 x/menit, pada hasil laboratorium didapatkan HB HB 9,40 (L), dan adanya pendarahan pervagina 50cc. Secara umum perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (SDKI, 2016). Perfusi perifer tidak efektif merupakan merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh dan terjadinya hemoglobin rendah. Penulis menegakan diagnosa perfusi perifer tidak efektif sebagai diagnosa pertama karena terjadi penurunan kadar hemoglobin 8.40, turgor kulit lebih dari 2 detik (>2 detik) berwanra pucat dan terjadi pendarahan pervagina ±50 cc

2. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme fisiologis(D.0022)

Diperoleh data pasien lemas urin 300cc/24 jam dengan turgor kulit menurun (>2 detik) membrane mukosa kering. Hipervolemia sendiri merupakan penurunan volume cairan intravaskuler interstisiel, dan/atau intraseluler. sebagai suatu kondisi medis dimana ada terlalu banyak cairan dalam darah karena terjadi peningkatan kandungan natrium tubuh total yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan air tubuh total. Ditemukan tanda mayor pada pasien yaitu turgor kulit menurun, membran mukosa kering,data minor yang ditemukan pada klien yaitu merasa lemah dan volume urin menurun. Hasil analisa dari penulis pada pasien

muncul masalah hipervolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif sebagai diagnosa kedua. Hal ini sesuai data yang ditemukan oleh penulis yaitu adanya serta urine yang berwarna seperti teh, turgor kulit ( $>2$  detik) (SDKI, 2016)

### 3. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal (SDKI D.00149)

Diperoleh data pasien belum BAB sejak tanggal 16 Juni, abdomen pasien teraba keras. Konstipasi adalah kondisi di mana feses mengeras sehingga susah dikeluarkan melalui anus, dan menimbulkan rasa terganggu atau tidak nyaman pada rektum. Konstipasi dapat terjadi pada semua usia, yang pada umumnya ditandai dengan frekuensi buang air besar yang rendah kurang dari 3 kali dalam satu minggu (Dyah et al., 2011). Penulis menegakan diagnosa konstipasi karena pasien belum BAB sejak 6 hari, hal ini sesuai dengan teori dari bahwa dalam satu minggu umumnya frekuensi BAB minimal 3 kali

## 4.3 Intervensi keperawatan

Pembuatan intervensi keperawatan menyesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang diberikan.

Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pendarahan pasien membaik dengan kriteria hasil pendarahan vagina menurun, Hb dalam batas normal, Hematokrit dalam batas normal (SLKI, 2018) Rencana keperawatan yaitu identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas, catat hasil lab

hemagoblin dan hematokrit ,lakukan hidrasi jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah kolaborasi pemberian tranfusi darah (SIKI, 2018). Kebutuhan perfusi jaringan termasuk dalam kebutuhan fisiologis yang harus segera dipenuhi. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer masuk kedalam kebutuhan yang kebutuhan pertama yaitu kebutuhan fisiologis.(Agustina et al., 2020). Penulis berpendapat pasien pasien dapat melakukan tes hitung darah lengkap atau complete blood count (CBC) dilakukan untuk mengetahui berapa jumlah, ukuran, volume, dan jumlah hemoglobin pada sel darah merah dan melakukan tranfusi darah

Hipervolemia b.d kehilangan cairan efektif (D.0022) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. diharapkan. asupan cairan meningkat haluaran urin meningkat edema menurun (SLKI, 2019) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema,dispnea, suara napas tambahan), monitor intake dan output cairan, monitor jumlah dan warna urin batasi asupan cairan dan garam ,tinggikan kepala tempat tidur 30-40o, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan (SIKI, 2019) mengetahui keseimbangan cairan pasien memastikan cairan IV yang masuk sesuai kebutuhan pasien mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi pasien

Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointensial (D.00149) Setelah dilakukan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3.x24 jam diharapkan status cairan pasien meningkat dengan distensi menurun ,konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik (SLKI, 2019) Lalu dengan intervensi keperawatan identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar,monitor

BAB, monitor tanda gejala BAB, berikan air hangat setelah makan, kolaborasi pemberian obat supositoria anal,jika perlu (SIKI, 2018) Konstipasi merupakan masalah yang sering dijumpai pada anak-anak, dan dapat menimbulkan masalah yang serius. Konstipasi merupakan suatu kondisi medis yang ditandai dengan kesulitan buang air besar sebagai akibat dari feses yang mengeras

#### **4.4 Implementasi keperawatan**

. Implementasi dapat dilakukan menyesuaikan kondisi klinis pasien dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift. SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan

Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009) tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif ,juga Catat hasil lab Hemoglobin jika HB terlalu rendah bisa menyebabkan anemia dimana pasien harus diberikan tranfusi darah, Lakukan hidrasi juga agar membantu asupan nutrisi,lalu anjurkan makan sedikit tapi sering

Hipervolemia b.d kehilangan cairan efektif (D.0023) Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Hipervolemia difokuskan, seperti Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematoksit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) memonitor intake dan output cairan, anjurkan pasien menghabiskan makanan anjurkan makan sedikit tapi sering,



Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointensial (D.00149)

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi konstipasi difokuskan untuk memperlancar BAB identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, monitor BAB, monitor tanda gejala BAB ,berikan air hangat setelah makan jadwal waktu defekasi bersama pasien ,Sediakan makanan tinggi serat lalu kolaborasi pemberian obat supositoria anal,jika perlu. Pada pasien konstipasi dapat meyebabkan perasaan sebah di perut dan tidak nyaman

#### **4.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil

Perfusi perifer tidak efektif dilakukan evaluasi keperawatan pada yang pertama didapatkan pasien mengatakan lemas, terdapat pendarahan pervagina, konjungtiva anemis, turgur kulit menurun pada pemeriksaan penunjang tanggal 16 juni didapatkan hemoglobin 9,10 (L) g/dL (12-15) pasien mendapatkan tranfusi PRC rhesus O dan dilakukan Cek darah lengkap. Evaluasi pada hari kedua didapatkan pasien mengatakan masih lemas, terdapat pendarahan pervagina sedikit  $\pm$  50cc, konjungtiva anemis, turgur kulit menurun pada pemeriksaan penunjang Hemoglobin (HGB) 9,10 (L) g/dL (12-15) masalah belum teratasi

dengan diagnosa perfusi perifer tidak efektif pada Ny. Z teratasi sebagian intervensi di lanjutkan.

Evaluasi ketiga didapatkan pasien mengatakan masih lemas, terdapat flek dan keputihan, konjungtiva anemis, turgor kulit mulai membaik pada pemeriksaan penunjang Hemoglobin (HGB) 10,40 (L) g/dL (12-15) dijadwalkan tranfusi lagi dan cek darah lengkap masalah perfusi perifer tidak efektif pada Ny. D teratasi sebagian intervensi di lanjutkan.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu hipervolemia yang dilakukan evaluasi pertama di dapatkan pasien mengatakan lemah mual muntah nafsu makan menurun .Frekuensi nadi meningkat 110 x mnt, Nadi teraba lemah, Turgor kulit menurun, Hematokrit 22,60 (L) % (37,0-47,0) urin 300ml/24 jam dengan balance cairan yaitu 520 cc/ 24 jam. Evaluasi kedua di dapatkan Pasien mengatakan lemah mual muntah nafsu makan menurun, Nadi teraba lemah, Turgor kulit menurun, urin yang dihasilkan 150 cc dan dikonsulkan untuk HD tanggal 17 Juni 2022. Lalu evaluasi ketiga dilakukan didapatkan pasien mengatakan lemah mual nafsu makan menurun, anjurkan pasien makan sedikit tapi teratur dan pasien berangkat ke ruang hemodialisa. masalah hipervolemia dapat diatasi dengan bantuan alat tabung hemodialisa, karena ginjal sudah tidak dapat berfungsi dengan baik sehingga cairan yang seharusnya dibuang melalui urin tertumpuk didalam intraseluler.

Diagnosa ketiga yaitu konstipasi dilakukan evaluasi pertama di dapatkan Pasien mengatakan sulit BAB 1x seminggu terlihat adanya distensi abdomen dan abdomen keras dan terdapat massa cervix ukuran 6,36 x 5,88 x 6,62 cm volume 129.45 ml pasien mendapatkan terapi lactulac sirup 1x sehari untuk pengencer

feses. Evaluasi kedua di dapatkan Pasien mengatakan masih sulit BAB, terdapat distensi abdomen, abdomen terasa keras terapi yang didapatkan lactulac sirup 1x sehari dan anjurkan minum hangat. Evaluasi di dapatkan Pasien mengatakan masih sulit BAB dengan kondisi distensi abdomen dan abdomen terasa keras masalah konstipasi pada Ny. Z belum teratasi intervensi di lanjutkan.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis Ca Serviks + CKD + Anemia di Ruang F2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan

#### **5.1 Simpulan**

1. Pengkajian Ny.Z didapatkan data fokus pada pasien, pasien tampak lemas, terdapat pendarahan pervaginam, CRT  $2 >$  detik, Hb rendah 9,10 urine sedikit  $\pm 300$ cc, terdapat edema kaki kanan, turgor kulit kering, feses dengan konsistensi keras dengan frekuensi 1x/seminggu, mual dan pasien mengatakan jam tidurnya terganggu selama dirumah sakit
2. Diagnosa Keperawatan yang muncul berdasarkan tinjauan kasus yaitu, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin, perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Diagnosa kedua Hipervolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yang ditandai dengan tanda mayor pada pasien yaitu turgor kulit menurun, membran mukosa kering, data minor yang ditemukan pada klien yaitu merasa lemah dan volume urin menurun, diagnosa ketiga konstipasi berhubungan dengan Penurunan motilitas gastrointestinal yang ditandai dengan data pasien belum BAB sejak tanggal 8 hingga 13 Mei, abdomen pasien teraba keras

### 3. Intervensi Keperawatan

Pada diagnosa pertama dilakukan rencana tindakan dilakukan cek darah lengkap guna untuk mengetahui hasil darah lengkap akibat perdarahan pervagina, pada diagnosa kedua Hipervolemia adalah dilakukan monitor intake dan output cairan dan pemberian cairan sesuai kebutuhan pasien, Pada diagnosa ketiga dilakukan rencana tindakan pantau tanda-tanda ingin BAB.

### 4. Implementasi Keperawatan

Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien, yaitu mengidentifikasi perdarahan, memfasilitasi Ny. Z untuk istirahat tidur, mendorong dan menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, serta meningkatkan asupan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, tinggi serat, dan yang mengandung zat besi, asam folat untuk membantu peningkatan Hb serta anjurkan sering minum hangat untuk memudahkan BAB

### 5. Evaluasi Keperawatan

Pada akhir evaluasi di tanggal 18 Juni 2022, masalah, Perfusi perifer tidak efektif, Hipervolemia, Konstipasi, teratasi sebagian setelah diberikan tindakan keperawatan. sehingga semua tujuan dapat tercapai sebagian dikarenakan adanya kerjasama yang baik dengan pasien, keluarga pasien serta semua tenaga kesehatan.

## 5.2 Saran

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

### **5.2.1 Bagi Pasien**

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

### **5.2.2 Bagi perawat**

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

### **5.2.3 Bagi Rumah sakit**

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

### **5.2.4 Bagi Mahasiswa**

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Adhistry, K. (2018). Seminar Nasional Keperawatan “Tren Perawatan Paliatif sebagai Peluang Praktik Keperawatan Mandiri.” *Seminar Nasional Keperawatan*, 4(1), 128–134.
- Agustina, A., Musta’in, M., & Maksum. (2020). *Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR) Pengelolaan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer Pada Pasien Post ORIF Hari Ke-3*. 3(2).
- Amanupunnyo, N. A., Shaluhiah, Z., & Margawati, A. (2018). Analisis Faktor Penyebab Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Kairatu Seram Barat. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(2), 173–181.  
<https://doi.org/10.30604/jika.v3i2.134>
- Ambarwati, W. N., & Wardani, E. K. (2015). Respons dan coping pasien penderita kanker servik terhadap efek kemoterapi. *Jurnal Ners*, 10(1), 48–60.
- Basith, A., Agustina, R., & Diani, N. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri. *Dunia Keperawatan*, 5(1), 1.  
<https://doi.org/10.20527/dk.v5i1.3634>
- CCI. (2017). *Cancer-Cervical-Cancer-Indonesian*.
- Detty, Makahaghi, Y., & Tinungki, Y. (2018). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronik Kidney Disease (CKD) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 2, 100–114.
- Dhenok Citra Panyuluh, Priyadi Nugraha P, E. R. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Penyebab Anemia Pada Santriwati Pondok Pesantren Darul Ulum Kabupaten Kendal. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(2), 156–162.
- Di, P., & Moewardi, R. (2013). *HUBUNGAN KEJADIAN KANKER SERVIKS DENGAN JUMLAH*. 128–136.
- Dyah, A., Sari, K., & Wirjatmadi, B. (2011). *PADA LANSIA DI KOTA MADIUN*. 40–47.
- Fitriany, J., & Saputri, A. I. (2018). Anemia Defisiensi Besi. *Jurnal. Kesehatan Masyarakat*, 4(1202005126), 1–30.
- Haryanti, I. A. P., & Nisa, K. (2015). Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginjal sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. *Majority*.
- I Kadek. (2020). *Gambaran hasil peningkatan kadar hemoglobin pada pasien anemia yang ditransfusi dengan packed red cell dan whole blood di rsud kabupaten polewali mandar 1*. 10(November).

- Junita, D., & Wulansari, A. (2021). Pendidikan Kesehatan tentang Anemia pada Remaja Putri di SMA N 12 Kabupaten Merangin. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 3(1), 41. <https://doi.org/10.36565/jak.v3i1.148>
- Kandarini, Y. (2017). Penatalaksanaan Anemia Pada Penyakit Ginjal Kronik. *Jurnal Ilmu Penyakit Dalam*, 35–42.
- Kemendes RI. (2019). KANKER SERVIKS. In *KEMENKES RI* (Vol. 28, Issue 1). <https://doi.org/10.1111/j.1467-6435.1975.tb01941.x>
- Khanmohamadi, S. A. (2014). In light of another's word: European ethnography in the middle ages. In *Light of Another's Word: European Ethnography in the Middle Ages*.
- Ns. Diah Candra Anita, M. (2020). *Penilaian Status Gizi Pasien Gagal Ginjal Kronis Melalui Biokimiawi Darah*.
- Nurani, V. M., & Mariyanti, S. (2013). Gambaran Makna Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Psikologi*.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Keperawatan Profesional* (4th ed.). Salemba Medika.
- PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*.
- PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. DPP PPNI.
- Redowati, T. E., Kebidanan, A., & Buana, W. (2021). *Karakteristik ibu yang mengalami kanker serviks*. 9(5).
- Sari, M. I., Subekti, B. E., Hi, R., Moeloek, A., & Lampung, B. (2017). *Pengelolaan Anestesi pada Pasien Neoplasma Ovarium Kistik Berukuran Besar dengan Anemia Tanpa Komplikasi Management of Anesthesia in Patient with Large Ovarian Cystic Neoplasm and Anemia Without Complications*. 4, 81–85.
- Savitri. (2015). Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks Dengan Pemeriksaan IVA oleh Wanita Usia Subur (WUS). *Ilmiah Avicenna*, 14(1), 1–14.
- SDKI. (2016). *STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA* (T. P. S. D. PPNI (ed.); Edisi 1).
- SIKI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia* (1 cetakan). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Siti Meilan Simbolon1., M. A. (2019). *FAKTOR DOMINAN TERJADINYA CA SERVIKS DI RSUD DR. PIRNGADI MEDAN TAHUN 2019*.



- SLKI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (cetakan II). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Suddarth, B. &. (2014). KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH. In EGC (Ed.), *12* (12th ed., p. 595). EGC.
- Triana, N., Simanjuntak, M., Keperawatan, A., Rebo, P., Maternitas, D. K., Timut, J., & Serviks, K. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Ny . J Suspek Kanker Serviks di RSUD keganasan yang sering terjadi pada kanker serviks telah menyebabkan 8000 kanker yang paling sering menyerang*. 81–98.
- Vegas, A., Lubis, A. R., Tarigan, R. R., Nasution, B. R., & Ramadani, S. (2016). *Pedoman Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik. Divisi Nefrologi- Hipertensi Departemen Ilmu Penyakit Dalam*.
- Widyasih, H. (2020). Buku saku kanker serviks untuk meningkatkan pengetahuan tentang deteksi dini kanker serviks pada WUS. *Jurnal Kesehatan Pengabdian Masyarakat (JKPM)*, *1*(1), 32–39.
- Yeni. (2018). *HIPERVOLEMIA PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)* Yeni Eka Astuti, Yuyun Setyorini, Akhmad Rifai. 155–167.
- Yuniarti, W. (2021). Anemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Journal Health And Science ; Gorontalo Journal Health & Science Community*, *5*, 1–5.
- Zahidatul Rizkah, & Trias Mahmudiono. (2017). Hubungan Antara Umur, Gravida, Dan Status Bekerja Terhadap Resiko Kurang Energi Kronis (KEK) Dan Anemia Pada Ibu Hamil. *Amerta Nutrition*, *1*(2), 72–79.  
<https://doi.org/10.20473/amnt.v1.i2.2017.72-79>

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

Nama : Esa Adipura

Nim : 2130112

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Bojonegoro, 16 November 1998

Agama : Islam

Email : adipura716@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Kalitengah II Tahun 2011
2. SMPN 1 Candi Tahun 2014
3. SMA Kemala Bhayangkari 3 Porong Tahun 2017
4. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2021

## Lampiran 2

### MOTTO & PERSEMBAHAN

#### MOTTO


**“Yang penting Lucu dan sederhana”**

#### PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirabbilalamin atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya ini dengan baik. Karya ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, kesehatan, kemudahan dan ketangguhan sehingga sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.
2. Kedua orang tua yang saya sangat cintai, Ayah (Alm.Purwoadi ) dan Ibu (Suci Rahayu), dengan memotivasi saya atas penyusunan KIA ini khususnya untuk Alm Ayah saya lalu ditambah dengan semangat dan etos kerja Ibu saya untuk mendanai pendidikan profesi Ners saya
3. Kekasih saya Fibria Adisty Yunandari yang senantiasa memberikan saya support dan semangat untuk menyelesaikan KI
4. Sahabat BPR squad lalu Teman sneakers Sidoarjo dan teman dekat serta teman kelompok Karya Tulis Ilmiah saya yang telah motivasi saya dalam proses penyusunan dan proses pendidikan studi NERS.
5. Terima kasih untuk semua orang di sekeliling saya yang selalu mendoakan yang terbaik untuk saya membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kita semua dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal'Alaamin

## Lampiran 3

	<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	No SPO:  <b>SPO</b>
<b>PEMBERIAN OBAT INTRA VENA MELALUI SELANG INFUS</b> (Hidayat & Uliyah, 2010)		
<p><b>A. Pengertian</b> Memasukkan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah.</p> <p><b>B. Tujuan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempercepat penyerapan</li> <li>2. Untuk pemeriksaan doagnostic, miaslanya penyuntikan zat kontras</li> </ol> <p><b>C. Persiapan Alat dan Bahan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sduit dan jarum sesuai dengan ukuran</li> <li>2. Obat dalam tempatnya</li> <li>3. Selang intravena</li> <li>4. Kapas alkohol</li> <li>5. Sarung tangan</li> <li>6. Perlak dan alasnya</li> <li>7. Tempat sampah medis (untuk alat tajam dan alat yang terkontaminasi)</li> </ol> <p><b>D. Prosedur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri tahu klien, dan siapkan alat, klien, dan lingkungan</li> <li>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</li> <li>3. Mendekatkan alat ke pasien</li> <li>4. Memakai sarung tangan</li> <li>5. Mencocokkan identitas pasien dan buku injeksi</li> <li>6. Mengambil obat, membaca etiket, dan mencocokkan dengan buku injeksi</li> <li>7. Bila obat dalam sediaan serbuk larutan dengan menggunakan water for injection, gunakan sduit sterile, jarum sendirian dan disiran di bak injeksi</li> <li>8. Menentukan lokasi pemberian i8njtksi secara tepat</li> <li>9. Memasang perlak an pengalasan di bawahnya</li> <li>10. Memasang kaert pembendung pada daerah yang akan diinjeksi</li> <li>11. Disinfeksi pada lokasi tusukan dengan kapas alkohol</li> <li>12. Mergangkan kulit yang akan dilakukan tusukan (lubang jarum menghadap ke atas) lakukan tusukkan pada vena yang telah ditentukan</li> <li>13. Setelah jarum masuk dlam vena, hisap sedikit shingga darah keluar (untuk memastikan bahwa jarum benarbenar sudah masuk ke vena), lepaskan karet pembendung pelan-pelan, dan masukkan obat secara perlahan</li> <li>14. Setelah obat masuk semua, letakkan kapas alkohol di atas tusukan, cabut jarum, tekan tusukan dengan kapas selama kurang lebih 30 detik dan pastikan perdarahan berhenti</li> <li>15. Amati reaksi pasien, baik verbal maupun non verbal selama dan setelah pemberian injeksi</li> <li>16. Masukkan jarum ke penutup dengan cara letakkan penutup jarum di bak instrument, kemuidian masukkan jarum ke penutup tanpa disentuh tangan</li> <li>17. Rapatkan penutup jarum</li> </ol>		

18. Bereskan kembali alat-alat

**E. Evaluasi**

1. Evaluasi kembali reaksi pasien


Hal-hal yang perlu diperhatikan:

1. Perhatikan 6 tepat, 1 waspada (tepat pasien, obat, dosis, waktu, rute pemberian, dan waspada terhadap efek samping)
2. Catat tanggal dan jam pemberian, reaksi yang terjadi serta tanda tangan dan nama terang perawat yang memberikan  
Untuk pasien yang mengalami colaps vena, ujung jarum menghadap ke bawah

**F. Dokumentasi**

1. Waktu pelaksanaan
2. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan di evaluasi nama perawat yang melaksanakan

## Lampiran 4

 <p><b>STIKES HANG TUAH SURABAYA</b></p>	<p><b>SOP TRANFUSI DARAH</b></p>
<p>1. Pengertian</p>	<p>Tranfusi darah merupakan tindakan yang dilakukan bagi klien yang memerlukan darah dan atau produk darah dengan memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan set tranfusi.cairan melalui intravena (infus). Nutrisi bagi klien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi per oral atau adanya gangguan fungsi menelan.</p>
<p>2. Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan volumen darah sirkulasi (setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan).</li> <li>2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien anemia berat.</li> <li>3. Memberikan komponen selular tertentu sebagai terapi sulih (misalnya, faktor pembekuan untuk membantu mengontrol perdarahan pada pasien hemofilia).</li> </ol>
<p>3. Prosedur</p>	<p><b>Alat Dan Bahan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transfusi Set</li> <li>2. Standart infus</li> <li>3. Cairan NaCl 0,9 %</li> <li>4. Persediaan darah yang sesuai dengan golongan darah klien, sesuai dengan kebutuhan</li> <li>5. Sarung tangan bersih</li> <li>6. Perlak</li> <li>7. Torniket.</li> <li>8. Kapas alkohol.</li> <li>9. Plester.</li> <li>10. Gunting.</li> <li>11. Kasa steril</li> <li>12. Betadine</li> </ol> <p><b>Prosedur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.</li> <li>2. Cuci tangan</li> <li>3. Gantung larutan NaCl 0,9 % dalam botol untuk digunakan setelah tranfusi darah.</li> <li>4. Gunakan selang infus yang mempunyai filter (selang Y atau tunggal).</li> <li>5. Lakukan pemberian infus NaCl 0,9 % (lihat prosedur pemasangan infus) terlebih dahulu sebelum pemberian tranfusi darah.</li> <li>6. Sebelum dilakukan tranfusi darah terlebih dahulu memeriksa identifikasi kebenaran produk darah: periksa kompatibilitas dalam kantong darah, periksa kesesuaian dengan identifikasi pasien, periksa kadaluwarsa, dan</li> </ol>

	<p>periksa adanya bekuan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Buka set pemberian darah.       <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk selan Y, atur ketiga klem.</li> <li>• Untuk selang tunggal, klem pengatur pada posisi off.</li> </ul> </li> <li>8. Cara tranfusi darah dengan selang Y:       <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tusuk kantong NaCl 0,9 %</li> <li>• Isi selang dengan NaCl 0,9 %</li> <li>• Buka klem pengatur pada selang Y dan hubungkan ke kantong NaCl 0,9 %.</li> <li>• Tutup/klem pada slang yang tidak digunakan.</li> <li>• Tekan/klem sisi balik dengan ibu jari dan jari telunjuk (biarkan ruang filter terisi sebagian).</li> <li>• Buka klem pengatur bagian bawah dan biarkan selang terisi NaCl 0,9 %.</li> <li>• Kantong darah perlahan-lahan dibalik-balik 1 – 2 kali agar sel-selnya tercampur.</li> </ul> </li> <li>9. Kemudian tusuk kantong darah dan buka klem pada selang dan filter terisi darah.</li> <li>10. Cara tranfusi darah dengan selang tunggal:       <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tusuk kantong darah</li> <li>• Tekan sisi balik dengan ibu jari dan jari telunjuk (biarkan ruang filter terisi sebagian).</li> <li>• Buka klem pengatur biarkan selang terisi darah.</li> </ul> </li> <li>11. Hubungkan selang tranfusi ke kateter IV dengan membuka klem pengatur bawah.</li> <li>12. Setelah darah masuk, pantau tanda vital setiap 5 menit selama 15 menit pertama, dan setiap 15 menit selama 1 jam berikutnya.</li> <li>13. Setelah darah diinfuskan, bersihkan selang infus dengan NaCl 0,9 %.</li> <li>14. Catat tipe, jumlah dan komponen darah yang diberikan.</li> <li>15. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.</li> </ol> <p><b>Selama Transfusi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bila terjadi perdarahan akut :       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan transfusi darah segar sebanyak 20 ml/kg selama empat jam</li> <li>- Pantau suhu, denyut jantung dan frekuensi nafas, dan pelankan tetesan sampai setengahnya bila tanda vital mulai membaik</li> </ul> </li> <li>2. Bila indikasi transfusi adalah untuk keadaan lain :       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan transfusi packed red cells sebanyak 20 ml/kg selama empat jam</li> <li>- Bila packed red cells tidak tersedia, gunakan darah segar (whole blood)</li> <li>- Gunakan peralatan infus untuk mengatur kecepatan pemberian transfusi, bila tersedia</li> <li>- Pastikan darah diberikan dengan kecepatan yang tepat.</li> </ul> </li> </ol>
--	---